



# Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der  
Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung  
§116b SGB V:  
Umstrukturierung des Verfahrens der Jährlichen  
Anpassung der Appendizes an den aktuellen  
Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)

Vom 17. Oktober 2024

## Inhalt

<b>1.</b>	<b>Rechtsgrundlage</b> .....	<b>2</b>
<b>2.</b>	<b>Eckpunkte der Entscheidung</b> .....	<b>2</b>
<b>3.</b>	<b>Bürokratiekostenermittlung</b> .....	<b>10</b>
<b>4.</b>	<b>Verfahrensablauf</b> .....	<b>10</b>
<b>5.</b>	<b>Fazit</b> .....	<b>10</b>
<b>6.</b>	<b>Zusammenfassende Dokumentation</b> .....	<b>10</b>

## 1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) regelt nach § 116b Absatz 4 Satz 1 SGB V in einer Richtlinie das Nähere zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV). Zur Umsetzung dieses Regelungsauftrags hat der G-BA die Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V / ASV-RL) beschlossen.

## 2. Eckpunkte der Entscheidung

### Ausgangslage

Gemäß § 116b Absatz 4 Satz 2 SGB V bestimmt der G-BA den Behandlungsumfang der ASV. Der G-BA hat bei der am 21. März 2013 beschlossenen Erstfassung der ASV-RL und bei der Beschlussfassung über die erste Anlage der ASV-RL am 19. Dezember 2013 entschieden, den Behandlungsumfang in den einzelnen erkrankungs- oder leistungsspezifischen Anlagen der ASV-RL abstrakt unter „2 Behandlungsumfang“ zu bestimmen und diesen in Appendizes [in der Regel unter „5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)“] zu konkretisieren. In den Appendizes der Anlagen der ASV-RL werden auf Basis von Gebührenordnungspositionen (GOPen) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) den ärztlichen Fachgebieten der jeweiligen Anlage der ASV-RL Leistungen zugeordnet. Die Konkretisierung des Behandlungsumfangs der ASV durch den G-BA auf Basis von GOP des EBM hat Vorteile, u.a.:

- ASV-Berechtigte und auch Versicherte, die in der ASV versorgt werden, können präzise beurteilen, welche konkreten Leistungen zum Behandlungsumfang der ASV gehören.
- Der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V (ergBA) hat eine präzise Orientierung für die Bestimmung der abrechnungsfähigen ASV-Leistungen gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 SGB V.
- Die erweiterten Landesausschüsse (eLA) haben für das Anzeigeverfahren zur ASV-Teilnahme der Leistungserbringer eine Grundlage zur Bestimmung der Leistungen, für die die Erfüllung leistungsbezogener Qualitätsanforderungen anzuzeigen sind.
- Unterschiedliche Interpretationen zum Behandlungsumfang können im konkreten Einzelfall vermieden oder zumindest reduziert werden, weil der G-BA jedenfalls grundsätzlich bestimmt hat welche Leistungen für die ASV-Versorgung der jeweiligen Erkrankung regelhaft erforderlich sein können.
- Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen können darauf aufsetzend, das Bereinigungsverfahren der morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nach § 116b Absatz 6 Satz 13 ff. SGB V kalkulieren.

Die normative Konkretisierung des ASV-Behandlungsumfangs durch den G-BA auf Basis von GOPen des EBM in den Appendizes der ASV-Anlagen hat aber auch nachteilige Effekte: Der G-BA fasste bisher einmal jährlich einen Beschluss zur Anpassung der Appendizes an den aktuellen EBM. Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V zur Änderung des EBM treten dagegen regelhaft quartalsweise in Kraft. Aufgrund des jährlichen Turnus für Anpassungen der Appendizes der ASV-RL an Aktualisierungen des EBM durch den G-BA und der auch durch verfahrensrechtliche Vorgaben bedingten Beratungsdauer beim G-BA bilden die jährlichen Beschlüsse des G-BA zur Anpassung der Appendizes an den aktuellen EBM bereits bei der Beschlussfassung nicht mehr den aktuellen EBM ab. Bei dem Beschluss des G-BA zur jährlichen Anpassung der Appendizes vom 16. März 2023 wurde beispielsweise die Anpassung an einen EBM-Stand vom 1. Oktober 2022 zugrunde gelegt, wobei grundsätzlich nur EBM-Änderungen Berücksichtigung fanden, die bis zum 30. Juni 2022 beschlossen worden waren. Zum Zeitpunkt der Beschlussfassung durch den G-BA war die zugrunde gelegte EBM-Fassung damit mehr als fünf Monate veraltet und es konnten nur

Beschlüsse des Bewertungsausschusses berücksichtigt werden, die mehr als acht Monate vor dem G-BA-Beschluss getroffen worden waren. Der Beschluss des G-BA vom 16. März 2023 ist nach Nichtbeanstandung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger am 19. September 2023 in Kraft getreten. Zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Anpassung der Appendizes in der ASV-RL an den „aktuellen“ EBM, war die den Appendizes zugrunde gelegte Fassung des EBM (Stand vom 1. Oktober 2022) mehr als 11 Monate veraltet. Diese Diskrepanz wächst mit der Geltungszeit der angepassten Appendizes. Zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des nächsten Anpassungsbeschlusses vom 21. März 2024 am 24. August 2024 waren die Appendizes in den Anlagen der ASV-RL mit EBM-Stand 1. Oktober 2022 mehr als 22 Monate im Vergleich zur aktuell geltenden Fassung des EBM veraltet. Die Diskrepanzen der auf GOPen eines nicht mehr aktuellen EBM basierenden Appendizes in den Anlagen der ASV-RL zur aktuell geltenden Fassung des EBM haben Auswirkungen auf die Wahrnehmung der Aufgaben des ergBA zur Bestimmung der abrechnungsfähigen ASV-Leistungen. Gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 SGB V bestimmt der ergBA die abrechnungsfähigen ASV-Leistungen des EBM. Die entsprechenden Beschlüsse werden vom ergBA unter Berücksichtigung des vom G-BA gemäß § 116b Absatz 4 Satz 2 SGB V in den Anlagen der ASV-RL bestimmten Behandlungsumfangs getroffen. Der ergBA passt bereits heute seine Beschlüsse gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 SGB V zur Bestimmung der abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen regelmäßig an den aktuellen Stand des EBM an. Dabei beschränkt sich der ergBA bisher jedoch auf eine strikte Überleitung<sup>1</sup> von Gebührenordnungspositionen des Appendix, die aufgrund einer Änderung im EBM nicht mehr wie bisher abrechenbar sind (Wegfall von GOP oder neue Aufteilung der GOP mit identischem Inhalt). Der vom G-BA vorgegebene Behandlungsumfang wird durch diese Aktualisierungen nicht geändert. Darüber hinausgehende Anpassungen durch den ergBA erfolgten bisher nicht, da der ergBA wegen der auf GOPen bezogenen Bestimmungen des G-BA zum Behandlungsumfang in den Appendizes der Anlagen der ASV-RL davon Abstand genommen hat, weitergehende Abweichungen von den Appendizes bei den abrechnungsfähigen Leistungen festzulegen.

Im Ergebnis ist festzustellen, dass das bisherige Verfahren insbesondere zu folgenden Nachteilen führt:

- Aktualisierungen des EBM durch Beschlüsse des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V können vom ergBA bei der Festlegung der abrechnungsfähigen ASV-Leistungen nach § 116b Absatz 6 Satz 8 SGB V häufig nur mit sehr starker Verzögerung nachvollzogen werden. Daraus resultieren teilweise große Diskrepanzen zwischen den in der vertragsärztlichen Versorgung geltenden Abrechnungsvorgaben des EBM im Vergleich zu den in der ASV geltenden Abrechnungsvorgaben des EBM.
- Das parallele Bestehen von Appendizes des G-BA mit abweichendem Stand zu den „Listen für abrechnungsfähige Leistungen in der ASV“ der Geschäftsführung des ergBA kann zu Unklarheiten führen.
- Im G-BA und ergBA erfolgen häufig sich überschneidende Beratungen zur Aktualisierung der Appendizes.

---

<sup>1</sup> Bei einer Überleitung von Gebührenordnungspositionen beschließt der ergBA anlässlich von EBM-Änderungen für Leistungen des Appendix, welche Gebührenordnungspositionen die bisherige Ziffer ersetzen. Teilweise kann je nach Art der EBM-Änderung eine Gebührenordnungsposition durch eine andere ersetzt werden, eine Gebührenordnungsposition durch mehrere ersetzt werden, oder mehrere Gebührenordnungspositionen in einer Gebührenordnungsposition zusammengefasst werden.

## Eckpunkte des neuen Verfahrens

Vor diesem Hintergrund hat der G-BA mit diesem Beschluss unter Berücksichtigung der Vor- und Nachteile der Bestimmung des Behandlungsumfangs auf Basis von GOPen des EBM in Appendizes der Anlagen der ASV-RL das bisherige Verfahren der Anpassung der Appendizes nach Maßgabe folgender Eckpunkte geändert:

- Bei der Beschlussfassung neuer Anlagen der ASV-RL wird der Behandlungsumfang neben einer abstrakten Beschreibung (in der Regel unter Nummer 2 der jeweiligen Anlage) weiterhin durch einen Appendix (in der Regel unter Nummer 5 der jeweiligen Anlage) konkretisiert. Die Konkretisierung des Behandlungsumfangs im Appendix einer Anlage zur ASV-RL gilt weiterhin als präzise Orientierung für die Bestimmung der abrechnungsfähigen ASV-Leistungen durch den ergBA gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 SGB V. Auf Grundlage der Appendizes in den Anlagen der ASV-RL können die eLA die Leistungen bestimmen, für die zur ASV-Teilnahme leistungsbezogene Qualitätsanforderungen anzuzeigen sind.
- Der Regelungsauftrag des G-BA zur Bestimmung des Behandlungsumfangs der ASV gemäß § 116b Absatz 4 Satz 2 SGB V macht es nicht erforderlich, den Behandlungsumfang in der ASV-RL dauerhaft über GOPen des EBM zu konkretisieren. Ein Appendix in der ASV-RL tritt daher nach § 5b ASV-RL künftig außer Kraft, wenn der entsprechende Beschluss des ergBA zur Bestimmung der abrechnungsfähigen ASV-Leistungen in Kraft getreten ist und keine Beanstandung des entsprechenden Beschlusses des ergBA durch das BMG erfolgt ist. Durch das Außerkrafttreten der Appendizes in der ASV-RL wird dem ergBA künftig die Möglichkeit eröffnet, die abrechnungsfähigen ASV-Leistungen zügiger an EBM-Aktualisierungen anzupassen, ohne dass diesen Anpassungen normative Appendizes in der ASV-RL entgegenstehen, die auf älteren Fassungen des EBM beruhen.
- Änderungen des Behandlungsumfangs in der ASV erfolgen entsprechend des Regelungsauftrags nach § 116b Absatz 4 Satz 2 SGB V weiter ausschließlich durch den G-BA. Anpassungen am Behandlungsumfang (z.B. die Aufnahme neuer Leistungen) werden ebenfalls durch einen Appendix in der jeweiligen Anlage der ASV-RL geregelt, wobei sich dieser Appendix in der Regel ausschließlich auf die zu ändernden Leistungen bezieht. Auch diese Appendizes zur Anpassung des Behandlungsumfangs treten außer Kraft, wenn der entsprechende Beschluss des ergBA zur Bestimmung der abrechnungsfähigen ASV-Leistungen in Kraft getreten ist und keine Beanstandung des entsprechenden Beschlusses des ergBA durch das BMG erfolgt ist.

Dadurch, dass der Behandlungsumfang bei neuen Anlagen der ASV-RL und bei Anpassungen in den Anlagen der ASV-RL zunächst weiter in Appendizes (bis zu deren Außerkrafttreten) durch den G-BA konkretisiert wird, bleiben die oben beschriebenen Vorteile des bisherigen Verfahrens im Wesentlichen erhalten. Das neu vorgesehene bedingte Außerkrafttreten der Appendizes hat folgende Vorteile, u.a.:

- EBM-Anpassungen bzw. Hinweise aus externen Anfragen zu EBM-Leistungen können, sofern diese nicht zu einer Änderung des Behandlungsumfangs führen, zukünftig ohne Zeitverzug durch den ergBA bei der Bestimmung der abrechnungsfähigen ASV-Leistungen gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 SGB V berücksichtigt werden und sodann von den ASV-Teams abgerechnet werden.
- Das Nebeneinanderbestehen zweier parallel veröffentlichter, aber nicht vollständig kongruenter Listen von Gebührenordnungspositionen – einerseits vom G-BA (Appendizes in den Anlagen der ASV-RL) und andererseits vom ergBA (Listen der abrechnungsfähigen Leistungen) – wird vermieden.
- Durch das Freisetzen der nicht mehr für die aufwändigen, den gesamten EBM umfassenden Appendixanpassungen im G-BA gebundenen Arbeitskapazitäten wird es künftig möglich, Änderungsbedarf an den Festlegungen zum Behandlungsumfang in

der ASV-RL fokussierter auf inhaltliche Änderungen und in kürzeren Zeitabständen zu beraten. Dementsprechend wurde mit Beschluss vom 17. Oktober 2024 im 3. Kapitel § 2 Absatz 5 VerFO der Zyklus der Prüfung und Anpassung der Anlagen der ASV-RL im Hinblick auf den Stand der medizinischen Wissenschaft und Versorgung von „einmal jährlich“ auf „mindestens einmal jährlich“ geändert. Es ist beabsichtigt, Anpassungsbedarf am Behandlungsumfang künftig zweimal jährlich zu beraten und gegebenenfalls zu beschließen.

Die vorgesehenen Änderungen und die daraus resultierenden Änderungen im Beratungsverfahren wurden vor Beschlussfassung unter Einbeziehung des ergBA erfolgreich erprobt. Eckpunkte zur Zusammenarbeit des G-BA mit dem ergBA, die die Umsetzung dieser Änderungen zur Geltung der Appendizes in den Anlagen der ASV-RL begleiten und fördern, wurden mit Beschluss vom 17. Oktober 2024 im 3. Kapitel VerFO ergänzt. Unter anderem ist vorgesehen, dass der ergBA dem G-BA Übersichten zu neuen oder geänderten Leistungen im EBM, ASV-relevanten neuen Beschlüssen des ergBA sowie Beratungsergebnissen zu externen Anfragen zur Verfügung stellt. Auf dieser Grundlage wird der G-BA künftig noch fokussierter auf seinen Regelungsauftrag möglichen Anpassungsbedarf an den Regelungen zum Behandlungsumfang in der ASV-RL beraten und bei Bedarf beschließen können. Mit den vom ergBA zur Verfügung gestellten Übersichten wird auch sichergestellt, dass die Patientenvertretung, die an den Beratungen im ergBA nicht beteiligt ist, über für die Beratungen zum Behandlungsumfang der ASV im G-BA relevanten Informationen verfügt.

## **2.1 Zu den Regelungen im Einzelnen:**

### *Anpassung in § 4a Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen Absatz 2*

Mit der Neuregelung treten die Appendizes gemäß § 5b der ASV-RL nach Inkrafttreten des unbeanstandeten Beschlusses des ergBA über die Bestimmung der abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen außer Kraft.

Vor diesem Hintergrund wird der bisherige Verweis in § 4a Absatz 2 Satz 1 auf die Appendizes zur Bestimmung der jeweils betroffenen leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen gestrichen.

Der neue Satz 2 legt fest, dass die jeweils betroffenen leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen auf Grundlage des jeweiligen Behandlungsumfangs und der Appendizes nach § 5 Absatz 1 Satz 1 bis 3 zu bestimmen sind. Grundlage für die Bestimmung der jeweils betroffenen leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen sind danach die Festlegungen zum Behandlungsumfang in den erkrankungs- oder leistungsbezogenen Anlagen der ASV-RL unter Nummer 2 (§ 5 Absatz 1 Satz 1) sowie die Konkretisierungen des Behandlungsumfangs in den Appendizes der erkrankungs- oder leistungsbezogenen Anlagen der ASV-RL (§ 5 Absatz 1 Satz 2) einschließlich späterer Anpassungen der Konkretisierung des Behandlungsumfangs in Appendizes (§ 5 Absatz 1 Satz 3). Nach § 5 Absatz 1 Satz 2 wird der Behandlungsumfang in den erkrankungs- oder leistungsbezogenen Anlagen der Richtlinie in einem Appendix bis zu dessen Außerkrafttreten nach § 5b abschließend konkretisiert. Hinsichtlich des Außerkrafttretens der Appendizes wird auf die Erläuterungen zu § 5b verwiesen. Auch die außerkraftgetretenen Appendizes mit letztem aktuellem Stand können zur Auslegung des Behandlungsumfangs und damit zur Bestimmung der betroffenen leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen herangezogen werden, wobei hier zu beachten ist, dass diese nicht mehr zwingend dem aktuellen Stand des EBM entsprechen.

Es ist vorgesehen, dass der G-BA künftig in einem weiteren Anhang zu § 4a festlegt, welche leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen für die jeweilige indikationsspezifische ASV-Anlage gelten. Die Beratungen zu diesem Anhang wurden in den Gremien des G-BA bereits aufgenommen.

Der G-BA intendiert durch die vorliegende Änderung keine Anpassung der Prüfpraxis durch die eLA.

### Anpassung in § 5 Behandlungsumfang

Zu Absatz 1:

Der neue Satz 1 stellt zunächst klar, dass der Behandlungsumfang in der ASV Leistungen umfasst, die für eine indikationsspezifische medizinische Versorgung der Patientin oder des Patienten notwendig sind. Der Satz 1 verweist zudem darauf, dass der Behandlungsumfang in den erkrankungs- oder leistungsbezogenen Anlagen der ASV-RL unter „2 Behandlungsumfang“ bestimmt wird. Die unter Nummer 2 einer Anlage zur Bestimmung des Behandlungsumfangs genannten Leistungen sind in der Regel allgemeiner als Leistungsbeschreibungen im EBM formuliert. Soweit unter „2 Behandlungsumfang“ abstrakte Leistungsbeschreibungen wie z.B. „Laboruntersuchungen“ oder „Psychotherapeutische Beratung und Betreuung“ verwendet werden, die im EBM ganze Abschnitte oder Kapitel umfassen, sind diese Leistungsbeschreibungen eingegrenzt auf ihre indikationsspezifische Notwendigkeit zu verstehen. Durch die Eingrenzung auf die indikationsspezifische Notwendigkeit wird beispielsweise klargelegt, dass Uro-Genital-Sonographien bei Patienten mit Tumoren des Auges trotz der in der Anlage unter „2 Behandlungsumfang“ aufgeführten „Sonographien“ nicht zum Behandlungsumfang gehören.

Im neuen Satz 2 wird festgelegt, dass bis zum Außerkrafttreten der Appendizes diese den Behandlungsumfang abschließend konkretisieren. Das Außerkrafttreten der Appendizes wird im neuen § 5b geregelt; es wird insoweit auf die Erläuterungen zu § 5b verweisen. Bis zum Außerkrafttreten eines Appendix ist dieser weiterhin normative Orientierung für die Bestimmung der abrechnungsfähigen ASV-Leistungen des EBM durch den ergBA gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 SGB V und zur Bestimmung der leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen, deren Erfüllung nach § 4a Absatz 2 als Teilnahmevoraussetzung an der ASV gegenüber den eLA anzuzeigen sind. Als Handreichung an den ergänzten Bewertungsausschuss für die Festlegung abrechnungsfähiger GOPen ist für folgende Leistungen davon auszugehen, dass diese keine nach Absatz 1 Satz 1 notwendigen Leistungen der ASV darstellen, soweit in der Richtlinie oder den Anlagen nichts Abweichendes geregelt ist:

- Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch,
- Substitutionsbehandlungen und diamorphingestützte Behandlungen der Drogenabhängigkeit,
- Leistungen des hausärztlichen Versorgungsbereichs mit Ausnahme des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin,
- Geburtshilfe und Reproduktionsmedizin,
- Kryokonservierung von Ei- oder Spermazellen oder Keimzellgewebe sowie entsprechende medizinische Maßnahmen wegen keimzellschädigender Therapie,
- Phlebologische Leistungen
- Körperakupunktur,
- Soziotherapeutische Leistungen,
- Neuropsychologische Leistungen,
- Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung,
- Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten

- Leistungen für ambulante und belegärztliche Operationen, Anästhesien, prä- und postoperative Überwachungen sowie orthopädisch-chirurgische konservative Leistungen,
- antragspflichtige Leistungen der Psychotherapie-Richtlinie sowie Neuropsychologische Therapie gemäß der Nummer 19 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses,
- Leistungen zur koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeheimen,
- Leistungen zur qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung,
- Leistungen zur Versorgungsplanung nach § 132g Absatz 3 SGB V und
- Leistungen, die ausschließlich im Rahmen von Erprobungsverfahren erfolgen.

Der neue Satz 3 regelt, dass auch im Falle der späteren Anpassung des Behandlungsumfangs durch den G-BA ein Appendix beschlossen werden kann, wobei dieser auch ausschließlich einzelne Leistungen abbilden kann. Für das Außerkrafttreten dieser Appendizes für spätere Anpassungen des Behandlungsumfangs gilt ebenfalls der neue § 5b.

Der Behandlungsumfang selbst bleibt durch das Außerkrafttreten der Appendizes unberührt (Satz 4). Der Behandlungsumfang einer erkrankungs- oder leistungsbezogenen Anlage der ASV-RL wird nach Außerkrafttreten eines Appendix normativ durch die Regelungen in § 5 und unter „2 Behandlungsumfang“ der jeweiligen Anlage der ASV-RL bestimmt. Auch nach dem Außerkrafttreten der Appendizes können diese in ihrer letzten Fassung zur konkretisierenden Auslegung des Behandlungsumfangs herangezogen werden. Dabei ist zu beachten, dass die zuletzt normativ geltenden Appendizes nicht mehr zwingend dem aktuellen Stand des EBM entsprechen.

Darüber hinaus wurden Verweise auf den Appendix in dem bisherigen Satz (neuer Satz 6) angepasst. Hierbei löst sich der G-BA auch von der bisherigen Verknüpfung des Leistungsbegriffs mit GOPen des EBM.

Zu Absatz 4:

Satz 6 wird aufgehoben, weil der Verweis auf einen Appendix, durch das bedingte Außerkrafttreten der Appendizes nach § 5b obsolet ist. Im bisherigen Satz 7 (neuer Satz 6) wird aufgrund des Außerkrafttretens der Appendizes und der Streichung des bisherigen Satz 6 geregelt, dass die maßgeblichen (technischen) Voraussetzungen für Leistungen gemäß Absatz 4 ebenso gelten wie in der vertragsärztlichen Versorgung bzw. wie vorhandene krankenhausspezifische Regelungen für Krankenhäuser.

### Aufnahme eines § 5b Außerkräftreten der Appendizes

Nach Satz 1 treten die Appendizes jeweils an dem Tag außer Kraft, an dem der entsprechende Beschluss des ergBA zur Bestimmung der abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen zu der jeweiligen Anlage in Kraft tritt. Die Regelung gilt sowohl für Appendizes, die der G-BA im Rahmen der Erstfassung einer neuen erkrankungs- oder leistungsspezifischen Anlage der ASV-RL beschließt (Appendizes nach § 5 Absatz 1 Satz 2) als auch für Appendizes zur späteren Anpassung des Behandlungsumfangs (Appendizes nach § 5 Absatz 1 Satz 2). Das bedingte Außerkräfttreten von Appendizes knüpft vorbehaltlich der Regelung in Satz 2 an den Tag des Inkrafttretens des mit dem jeweiligen Appendix korrespondierenden Beschlusses des ergBA zur Bestimmung der abrechnungsfähigen ASV-Leistungen an. Der ergBA bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 SGB V die abrechnungsfähigen ASV-Leistungen des EBM. Gemäß § 116b Absatz 6 Satz 9 SGB V hat der ergBA spätestens sechs Monate nach Inkrafttreten eines Richtlinienbeschlusses des G-BA zur ASV den EBM so anzupassen, dass die ASV-Leistungen angemessen bewertet sind und von den an der ASV teilnehmenden Leistungserbringern abgerechnet werden können. Regelhaft kann also davon ausgegangen werden, dass spätestens sechs Monate nach Inkrafttreten eines Beschlusses des G-BA über eine neue erkrankungs- oder leistungsspezifischen Anlage der ASV-RL einschließlich Appendix oder über einen Appendix zur Anpassung des Behandlungsumfangs ein mit den G-BA Festlegungen zum Behandlungsumfang korrespondierender Beschluss des ergBA zur Bestimmung der abrechnungsfähigen Leistungen vorliegt, dessen Inkrafttreten vorbehaltlich des Satzes 2 das Außerkräfttreten des entsprechenden Appendix auslöst. Mit dem Außerkräfttreten des jeweiligen Appendix entfallen die auf GOPen basierenden normativen Vorgaben des G-BA zur Konkretisierung des Behandlungsumfangs im Appendix der jeweiligen Anlage der ASV-RL. Dem ergBA wird damit die Möglichkeit eröffnet, Aktualisierungen des EBM, die nicht den Behandlungsumfang in der ASV betreffen, zügiger in seinen Beschlüssen zu den abrechnungsfähigen ASV-Leistungen umzusetzen, ohne dass dieser Umsetzung auf veralteten EBM-Fassungen beruhende normative Appendizes in der ASV-RL entgegenstehen.

Nach § 87 Absatz 6 Satz 1 und 2 SGB V sind Beschlüsse des ergBA dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vorzulegen und das BMG kann die Beschlüsse innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Satz 2 stellt deshalb das Außerkräfttreten der Appendizes am Tag des Inkrafttretens des Beschlusses des ergBA zur Bestimmung der abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen zu der jeweiligen Anlage der ASV-RL unter den Vorbehalt, dass die Beanstandungsfrist des BMG abgelaufen ist und dass das BMG den Beschluss des ergBA nicht beanstandet hat. Ist die Beanstandungsfrist zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des ergBA-Beschlusses noch nicht abgelaufen, treten abweichend von Satz 1 die Appendizes jeweils an dem Tag nach Ablauf der Prüffrist und unter der Voraussetzung außer Kraft, dass das BMG den jeweiligen Beschluss des ergBA nicht beanstandet hat. Die Beschlüsse des ergBA treten in der Regel zum Beginn eines Quartals in Kraft, wobei der Zeitpunkt des Inkrafttretens in der Zukunft oder auch rückwirkend in der Vergangenheit liegen kann. Damit sind jeweils unter der Voraussetzung, dass das BMG den Beschluss des ergBA nicht beanstandet hat, insbesondere folgende Konstellationen für das Datum des Außerkräfttretens eines Appendix möglich:

- Der ergBA-Beschluss tritt in der Zukunft zu einem Zeitpunkt nach Ablauf der Beanstandungsfrist des BMG in Kraft: Der Appendix tritt gemäß Satz 1 am Tag des Inkrafttretens des ergBA-Beschlusses außer Kraft.
- Der ergBA-Beschluss tritt in der Zukunft zu einem Zeitpunkt vor Ablauf der Beanstandungsfrist des BMG in Kraft: Der Appendix tritt gemäß Satz 2 am Tag nach Ablauf der Prüffrist außer Kraft.
- Der ergBA-Beschluss tritt mit Wirkung zu einem Zeitpunkt in der Vergangenheit rückwirkend in Kraft: Der Appendix tritt gemäß Satz 2 am Tag nach Ablauf der Prüffrist außer Kraft.

Bereits der Eintritt der Bedingungen nach Satz 1 (Inkrafttreten des ergBA-Beschlusses) und nach Satz 2 (Ablauf der Beanstandungsfrist ohne Beanstandung durch das BMG) bewirkt das Außerkrafttreten des jeweiligen Appendix. Ob die Bedingungen für das Außerkrafttreten eines Appendix eingetreten sind, muss aber auch aus dem Bundesanzeiger ersichtlich sein. Gemäß Satz 3 gibt deshalb der G-BA den jeweiligen Tag des Außerkrafttretens im Bundesanzeiger bekannt. Für diese deklaratorische Bekanntmachung bedarf es keines Beschlusses des G-BA.

#### Anpassung am Anhang zu § 4a Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen zum Langzeit-EKG und zur Koloskopie

Der bisherige Verweis auf den Appendix in den Qualitätsanforderungen zum Langzeit-EKG und zur Koloskopie wird wegen des bedingten Außerkrafttretens der Appendizes nach § 5b gestrichen. Zur Vereinfachung der Prüfung durch die eLA verbleibt ein Hinweis, welche GOPen des EBM mit den jeweiligen Leistungsbereichen des Behandlungsumfangs verbunden sind. Die Aufzählung trifft keine Aussage über eine indikationsspezifische Relevanz der GOPen in den erkrankungs- oder leistungsspezifischen Anlagen der ASV-RL.

Eine Änderung der Prüfpraxis durch die eLA wird durch diese Anpassung nicht intendiert.

## **2.2 Anpassungen von Leistungen, die mehrere erkrankungsspezifischen Regelungen betreffen**

### Änderungen der Überschrift zu Abschnitt-2-Leistungen:

Mit der Neuregelung des bedingten Außerkrafttretens der Appendizes des G-BA besteht keine unmittelbare Verbindung des Behandlungsumfangs mit GOPen des EBM mehr. Insofern wird die bisher in der Mehrzahl der erkrankungsspezifischen Regelungen unter Nummer 2 „Behandlungsumfang“ verwendete Formulierung „Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind:“ ersetzt. Durch die neue Formulierung „Weitere spezifische Leistungen:“, die nun auch als Zwischenüberschrift aufgeführt wird, wird die bisherige Unterscheidung zwischen Leistungen aus Abschnitt 1 der Appendizes und Leistungen aus Abschnitt 2 der Appendizes weiterhin adressatenfreundlich möglich bleiben, ohne auf den EBM zu rekurrieren.

### Verschiebung der Regelung zu Fachärztinnen und Fachärzten der Inneren Medizin aus Nummer 5 Appendix der betroffenen Anlagen bzw. aus Nummer 6 in der Anlage zu gynäkologischen Tumoren in Nummer 2 Behandlungsumfang

Mit der Neuregelung des bedingten Außerkrafttretens der Appendizes gemäß § 5b treten auch die Präambeln eines Appendix bei Bedingungseintritt außer Kraft. Vor diesem Hintergrund werden die geltenden Regelungen zu Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag Ärzte [BMV-Ä]) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, bzw. Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen eine Zulassung und Genehmigung für die Erbringung von gastroenterologischen Leistungen seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, aus der Präambel zu Nummer 5 Appendix bzw. aus Nummer 6 in der Anlage zu gynäkologischen Tumoren in Nummer 2 Behandlungsumfang der jeweiligen Anlage verschoben. Es handelt sich um keine Änderung des Regelungsinhalts.

### 3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerFO und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

### 4. Verfahrensablauf

Am 8. Juni 2022 beauftragte der Unterausschuss ASV die AG ASV und die AG ASV-RL-Appendix mit der Beratung zur Umstrukturierung des Verfahrens der Appendixaktualisierung. In 29 Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung beraten.

#### Stellungnahmeverfahren

Gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a SGB V wurde dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit sowie den stellungnahmeberechtigten Organisationen (vgl. **Anlage 1**) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die *Umstrukturierung des Verfahrens der Jährlichen Anpassung der Appendizes an den aktuellen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) der ASV-RL* Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses ASV vom 12. Juni 2024 wurde das Stellungnahmeverfahren am 8. Juli 2024 eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 2**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 5. August 2024.

Die Bundesärztekammer (BÄK), die Bundeszahnärztekammer (BZÄK), die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit verzichteten auf ihr Stellungnahmerecht. Die eingereichten Rückmeldungen befinden sich in **Anlage 3**.

### 5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 17. Oktober 2024 beschlossen, die ASV-RL zu ändern.

Die Patientenvertretung enthält sich.

### 6. Zusammenfassende Dokumentation

Anlage 1: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen

Anlage 2: An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandter Beschlussentwurf zur jährlichen Anpassung der Appendizes an den aktualisierten EBM sowie versandte Tragenden Gründe

Anlage 3: Rückmeldungen der stellungnahmeberechtigten Organisationen

Berlin, den 17. Oktober 2024

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



**Verteiler für das Stellungnahmeverfahren  
nach § 91 Abs. 5 und 5a SGB V**

- **Bundesärztekammer**
- **Bundeszahnärztekammer**
- **Bundespsychotherapeutenkammer**
- **Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit**



# Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL):

Umstrukturierung des Verfahrens der Jährlichen Anpassung der Appendizes an den aktuellen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)

**Stand: 08.07.2024**

**Legende:**

**Gelb hinterlegte Textteile:** Dissente Passagen

**Grau hinterlegte Textteile:** durch die G-BA-Geschäftsstelle noch anzupassende Passagen

**Hinweis:**

**Hauptantrag DKG:**

Die DKG lehnt die umfangreiche Umstellung der Aktualisierung der Appendizes und deren Außerkraftsetzen ab.

**Hilfsantrag DKG:**

Hilfsweise stellt die DKG für den Fall, der mehrheitlich getroffenen Entscheidung das Verfahren zur Aktualisierung der Appendizes umfassend umzustellen und die Appendizes infolgedessen außer Kraft zu setzen, den nachfolgend aufgeführten DKG-Antrag (Hilfsantrag).

Vom T. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ beschlossen die Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL) in der Fassung vom 21. März 2013 (BAnz AT 19.07.2013 B1), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom T. Monat JJJJ (BAnz AT TT.MM.JJJJ BX) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

I. Die Richtlinie wird wie folgt geändert:

1. § 4a wird wie folgt geändert:

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>a) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „gemäß Appendix“ gestrichen.</p>	<p><b>DKG</b></p> <p>In Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „Appendix“ durch die Wörter „Primärappendix oder Erweiterungsappendix“ ersetzt.</p>

<p><b>KBV</b></p> <p>b) In Absatz 2 Satz 1 werden nach den Wörtern „leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen“ die Wörter „des Anhangs zu § 4a bzw. gemäß den für die jeweilige indikationsspezifische ASV-Anlage relevanten Regelungen nach §135 Absatz 2 SGB V“ eingefügt.</p>	<p><b>GKV-SV, DKG</b></p> <p>[keine Aufnahme]</p>
---	---

<p><b>GKV-SV</b></p> <p>c) In Absatz 2 wird nach Satz 1 der Satz:</p> <p>„Die jeweils betroffenen leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen sind auf Grundlage des jeweiligen Behandlungsumfangs zu bestimmen.“</p> <p><u>oder alternativ</u></p> <p>„Die jeweils betroffenen leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen sind auf Grundlage des jeweiligen Behandlungsumfangs und der Appendizes nach § 5 Absatz 1 Satz 1 bis 3 zu bestimmen.“ eingefügt.</p>	<p><b>DKG, KBV</b></p> <p>[keine Aufnahme]</p>
--	--

<p><b>KBV</b></p> <p>d) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:</p> <p>„Die Zuordnung der Anforderungen für die jeweilige indikationsspezifische ASV-Anlage für die Teilnahmevoraussetzungen in der ASV ist in einer Anlage zum Anhang zu § 4a Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen definiert.“</p>	<p><b>GKV-SV, DKG</b></p> <p>[keine Aufnahme]</p>
---	---

2. § 5 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>aa) Die Sätze 1 und 2 werden durch folgende Sätze ersetzt:</p> <p>„Die Behandlung in der ASV umfasst Leistungen, die für eine indikationsspezifische medizinische Versorgung der Patientin oder des Patienten notwendig sind; der Behandlungsumfang wird in den erkrankungs- oder leistungsbezogenen Anlagen der Richtlinie unter Nummer 2 im Behandlungsumfang bestimmt.</p> <p>Die Leistungen gemäß Satz 1, die im Rahmen der ASV von ASV-Berechtigten erbracht werden können, werden in den erkrankungs- oder leistungsbezogenen Anlagen der Richtlinie in einem Appendix bis zu dessen Außerkrafttreten nach § 5b abschließend konkretisiert. Das gilt ebenfalls bei späteren Anpassungen des Behandlungsumfangs, wobei sich der Appendix der anzupassenden Anlage auch ausschließlich auf einzelne Leistungen beschränken</p>	<p><b>DKG</b></p> <p>aa) In Satz 1 wird nach den Wörtern „erkrankungs- oder leistungsbezogen aus den“ das Wort „jeweiligen“ eingefügt.</p> <p>bb) In Satz 2 werden die Wörter „im Appendix der jeweiligen Konkretisierung dieser Richtlinie abschließend definiert.“ durch die Wörter „in der Anlage jeweils unter der Ziffer 2 (<i>Behandlungsumfang</i>) im Grundsatz beschrieben und in Ziffer 5 (<i>Appendix</i>) im Appendix konkretisiert und abschließend festgelegt.“.</p> <p>cc) Nach Satz 2 werden folgende neue Sätze 3 bis 11 eingefügt:</p> <p>„Letzteres schließt eine fachgruppenspezifische Zuordnung der Leistungen mit ein. Mit der erstmaligen Veröffentlichung einer Anlage wird der Behandlungsumfang nach Ziffer 2 vollständig in einem Primärappendix nach Ziffer 5 abgebildet. Für diesen Zweck werden den Leistungen nach Ziffer 2 fachgebietsspezifisch</p>
---	---

<p>kann. Die Bestimmung des Behandlungsumfanges nach Satz 1 bleibt vom Außerkrafttreten des Appendix unberührt.“</p>	<p>Gebührenordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstab bzw. deren medizinischen Leistungsbeschreibung zugeordnet.</p> <p>Ergibt sich unter anderem im Rahmen der jährlichen Pflege und Weiterentwicklung der Anlagen gemäß 3. Kapitel § 2 Absatz 5 Satz 1 der Verfahrensordnung des G-BA der Bedarf den Behandlungsumfang einer Anlage anzupassen, erfolgt neben möglichen Änderungen unter der Ziffer 2 eine Konkretisierung gemäß Ziffer 5 in einem ergänzenden Appendix (Erweiterungsappendix) Primärappendix und Erweiterungsappendizes des G-BA werden in einem Dokument vom G-BA zusammengefasst und vorgehalten. Dieses gibt den jeweils aktuellen Stand der Festlegungen des G-BA zum Behandlungsumfang einer Anlage (Leistungen, die im Rahmen der ASV zu dieser Anlage erbracht werden dürfen) wieder. Eine regelhafte Aktualisierung aller Appendizes an den aktuellen Stand des EBM findet ab dem TT. Monat JJJJ jedoch nicht mehr statt.</p> <p>Zwischen erstmaliger Veröffentlichung eines Primärappendix und Folgeveröffentlichungen von Erweiterungsappendizes können sich hinsichtlich der aufgeführten Gebührenordnungspositionen in den jeweiligen Appendizes einer Anlage (Primär- und Erweiterungsappendix) und den Gebührenordnungspositionen in</p>
--	---

	<p>der Liste der in der ASV abrechenbaren Leistungen gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 SGB V des ergänzten Bewertungsausschuss (ergBA) Unterschiede ergeben. Diesbezüglich voneinander abweichende GOPen müssen gleichwohl von dem vom G-BA definierten Behandlungsumfang umfasst sein. Die Erstellung und Änderungen des Appendix (Primärappendix und Erweiterungsappendizes) fallen in die Zuständigkeit des G-BA. Für Änderungen in der Liste der in der ASV abrechenbaren Leistungen gemäß §116b Abs. 6 Satz 8 SGB V ist der ergBA zuständig.</p> <p>Bestehen im ergBA Zweifel daran, ob eine neue, gestrichene oder geänderte Leistung (GOP) im EBM Auswirkungen auf den Behandlungsumfang einer Anlage hat, und demnach die Berücksichtigung der Leistung in der Liste abrechenbarer ASV-Leistungen zumindest unterschiedlich beurteilt wird, nimmt der G-BA entsprechende Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses oder eines Mitglieds des ergänzten Bewertungsausschusses entgegen. Der G-BA prüft den Sachverhalt und führt eine Klärung herbei.“</p>
--	--

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>bb) In dem neuen Satz 6 werden die Wörter „über die im Appendix aufgeführten Gebührenordnungspositionen“ durch die Wörter „abweichend</p>	<p><b>DKG</b></p> <p>dd) In dem neuen Satz 13 werden die Wörter „im Appendix“ durch die Wörter „in den jeweiligen Appendizes“ ersetzt.</p>

<p>von den Sätzen 1 und 2 auch über die in den Anlagen aufgeführten Leistungen “ ersetzt.</p>	
---	--

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:</p> <p>aa) Satz 6 wird aufgehoben.</p> <p>bb) Der bisherige Satz 7 wird zu Satz 6 und nach dem Wort „Die“ wird das Wort „maßgeblichen“ eingefügt und werden die Wörter „ergeben sich aus der Textierung der jeweiligen Leistung,“ durch die Wörter „die zur Durchführung der Leistungen nach Satz 1 bis 5 notwendig sind, gelten auch in der ASV,“ ersetzt.</p>	<p><b>DKG</b></p> <p>b) In Absatz 4 Satz 6 werden nach den Wörtern „zur ASV-Richtlinie“ die Wörter „bzw. in der aktuellen Liste der abrechnungsfähigen ASV-Leistungen des ergänzten Bewertungsausschuss“ eingefügt.</p>

<p><b>GKV-SV</b></p> <p><b>3.</b> Nach § 5a wird folgender § 5b eingefügt:</p> <p><b>„§ 5b Außerkrafttreten der Appendizes“</b></p> <p>„Die Appendizes nach § 5 Absatz 1 Sätze 2 und 3 zu der jeweiligen Anlage treten jeweils am Tag nach Ablauf der Prüfung nach § 87 Absatz 6 Satz 2 SGB V zu dem Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses zur Bestimmung der abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen außer Kraft. Der Gemeinsame Bundesausschuss gibt den jeweiligen Tag des</p>	<p><b>KBV</b></p> <p><b>3.</b> Nach § 5a wird folgender § 5b eingefügt:</p> <p><b>„§ 5b Außerkrafttreten der Appendizes</b></p> <p>Die jeweiligen Appendizes nach § 5 Absatz 1 Sätze 2 und 3 treten am darauffolgenden Tag außer Kraft, nachdem der ergänzte Bewertungsausschuss (ergBA) die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen zu der jeweiligen Anlage beschlossen hat und der Gemeinsame Bundesausschuss dies im Bundesanzeiger bekannt gegeben hat. Die Bekanntgabe des Beschlusses</p>	<p><b>DKG</b></p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>
--	---	--

<p>Außerkrafttretens im Bundesanzeiger bekannt.“</p> <p><u>oder alternativ</u></p> <p>„Die Appendizes nach § 5 Absatz 1 Sätze 2 und 3 treten jeweils an dem Tag außer Kraft, an dem der Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses zur Bestimmung der abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen zu der jeweiligen Anlage in Kraft tritt. Der Gemeinsame Bundesausschuss gibt den jeweiligen Tag des Außerkrafttretens im Bundesanzeiger bekannt.“</p>	<p>des ergBA durch den Gemeinsamen Bundesausschuss erfolgt unverzüglich, nachdem die Nichtbeanstandungsfrist abgelaufen ist und das Bundesministerium für Gesundheit den Beschluss des ergBA nicht beanstandet hat.“</p>	
---	--	--

<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>4. Der Anhang zu § 4a Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen wird wie folgt geändert:</p> <p>a) In Nummer 1 „Langzeit-EKG“ werden die Wörter „in den jeweiligen Appendizes enthaltenen“ durch die Wörter „für die jeweilige Anlage relevanten“ ersetzt und werden nach den Wörtern „langzeitelektrokardiographischen Leistungen (“ die Wörter „im Einheitlichen Bewertungsmaßstab zählen hierzu die folgenden“ eingefügt.</p> <p>b) In Nummer 3 „Koloskopie“ werden die Wörter „in den jeweiligen Appendizes enthaltenen“ durch die Wörter „für die jeweilige Anlage relevanten“ ersetzt und werden nach den Wörtern „koloskopischen Leistungen (“ die Wörter „im Einheitlichen Bewertungsmaßstab zählen hierzu die folgenden“ eingefügt“.</p>	<p><b>DKG</b></p> <p>[keine Aufnahme]</p>
--	---

<p><b>KBV</b></p> <p>c) Dem Anhang zu §4a wird folgende Anlage angefügt: „Anlage zum Anhang zu § 4a</p> <p>Die Zuordnung der Anforderungen für die jeweilige indikationsspezifische ASV-Anlage für die Teilnahmevoraussetzungen in der ASV ist in einer <b>Anlage</b> <i>[gemäß Anlage 1b]</i> zum Anhang zu § 4a Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen definiert. Für noch nicht übertragene QS-Anforderungen sind die entsprechend geltenden, relevanten Vereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V ergänzend in dieser Anlage aufgeführt“.</p>	<p><b>GKV-SV, DKG</b></p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>
---	--

**5. Anlage 1.1 „Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen“ Buchstabe a „onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle“ wird wie folgt geändert:**

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>a) In Nummer 2 „Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)“ wird „Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind:“ wie folgt geändert:</p> <p>aa) Die Wörter „Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind:“ werden durch die Wörter „Weitere spezifische Leistungen:“ ersetzt.</p> <p>bb) Dem Satz: „Im Zusammenhang mit § 137e SGB V definierte besondere Qualitätsanforderungen sind zu beachten.“ werden folgende Sätze vorangestellt:</p> <p>„Die in Nummer 3.1 Buchstabe b „Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag Ärzte [BMV-Ä]) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.</p> <p>Ebenso können die in Nummer 3.1 Buchstabe b „Kernteam“ aufgeführten Fachärztinnen und Fachärzte für</p>	<p><b>DKG</b></p> <p><i>[keine Übernahme]</i></p>

Innere Medizin, denen eine Zulassung und Genehmigung für die Erbringung von gastroenterologischen Leistungen seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, die Leistungen erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.“	
---	--

*Folgedissens zu § 5 Absatz 1*

**GKV-SV, KBV**

b) In Nummer 5 „Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)“ werden in der Präambel folgende Sätze aufgehoben:

„Die in Nummer 3.1 Buchstabe b „Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag Ärzte [BMV-Ä]) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.“

Ebenso können die in Nummer 3.1 Buchstabe b „Kernteam“ aufgeführten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen eine Zulassung und Genehmigung für die Erbringung von gastroenterologischen Leistungen seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.“

**DKG**

a) In Nummer 5 „Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)“ wird die Präambel wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 werden nach dem Wort „Appendix“ die Wörter

„(Primärappendix und Erweiterungsappendizes)“ eingefügt.

bb) In Satz 4 werden nach den Wörtern „deren Bewertung fest“ die Wörter „(Liste abrechnungsfähiger Leistungen)“ eingefügt.

cc) Die Sätze 7 und 8 werden wie folgt neu gefasst:

„Bei Aktualisierungen des EBM innerhalb des jeweiligen Behandlungsumfangs der einzelnen Anlagen und bei Aktualisierungen des Behandlungsumfangs innerhalb einer Anlage richtet sich das weitere Vorgehen nach § 5 Absatz 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V. Bestehen Zweifel im ergBA daran, ob eine neue, gestrichene oder geänderte Leistung im EBM dem Behandlungsumfang einer Anlage zuzurechnen ist,—nimmt der G-BA entsprechende Hinweise aus dem ergänzten Bewertungsausschuss entgegen und führt eine Klärung herbei.“

6. Anlage 1.1 „Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen“ Buchstabe a „onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren“ wird wie folgt geändert:

Folgedissens zu § 5 Absatz 1	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>a) In Nummer 2 „Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)“ wird „Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind:“ wie folgt geändert:</p> <p>aa) Die Wörter „Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind“ werden durch die Wörter „Weitere spezifische Leistungen“ ersetzt.</p> <p>bb) Dem Satz: „Im Zusammenhang mit § 137e SGB V definierte besondere Qualitätsanforderungen sind zu beachten.“ werden folgende Sätze vorangestellt:          „Die in Nummer „3.1 Buchstabe b Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Fachärztinnen und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.“</p>	<p><b>DKG</b></p> <p>[keine Übernahme]</p>

Folgedissens zu § 5 Absatz 1	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>b) In Nummer 6 „Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)“ werden in der Präambel folgende Sätze aufgehoben:</p> <p>„Die in Nummer „3.1 Buchstabe b Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Fachärztinnen und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die</p>	<p><b>DKG</b></p> <p>a) In Nummer 6 „Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)“ wird die Präambel wie folgt geändert:</p> <p>aa) In Satz 3 werden nach dem Wort „Appendix“ die Wörter „(Primärappendix und Erweiterungsappendizes)“ eingefügt.</p> <p>bb) In Satz 4 werden nach den Wörtern „deren Bewertung fest“ die Wörter „(Liste abrechnungsfähiger Leistungen)“ eingefügt.</p>

<p>Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.“</p>	<p>cc) Die Sätze 6 und 7 werden wie folgt neu gefasst:          „Bei Aktualisierungen des EBM innerhalb des jeweiligen Behandlungsumfangs der einzelnen Anlagen und bei Aktualisierungen des Behandlungsumfangs innerhalb einer Anlage richtet sich das weitere Vorgehen nach § 5 Absatz 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V. Bestehen Zweifel im ergBA daran, ob eine neue, gestrichene oder geänderte Leistung im EBM dem Behandlungsumfang einer Anlage zuzurechnen ist,–nimmt der G-BA entsprechende Hinweise aus dem ergänzten Bewertungsausschuss entgegen und führt eine Klärung herbei.“</p>
---	--

**7. Anlage 1.1 „Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen“ Buchstabe a "onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 3: urologische Tumoren“ wird wie folgt geändert:**

<p><i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i></p>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>a) In Nummer 2 „Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)“ wird „Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind:“ wie folgt geändert:</p> <p>aa) Die Wörter „Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind“ werden durch die Wörter „Weitere spezifische Leistungen“ ersetzt.</p> <p>bb) Dem Satz: „Im Zusammenhang mit § 137e SGB V definierte besondere Qualitätsanforderungen sind zu beachten.“ werden folgende Sätze vorangestellt:          „Die in Nummer „3.1 b) Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung</p>	<p><b>DKG</b></p> <p><i>[keine Übernahme]</i></p>

<p>im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.“</p>	
---	--

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>b) In Nummer 5 „Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)“ werden in der Präambel folgende Sätze aufgehoben:</p> <p>„Die in Nummer „3.1 b) Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.“</p>	<p><b>DKG</b></p> <p>a) In Nummer 5 „Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)“ wird die Präambel wie folgt geändert:</p> <p>aa) In Satz 3 werden nach dem Wort „Appendix“ die Wörter „(Primärappendix und Erweiterungsappendizes)“ eingefügt.</p> <p>bb) In Satz 4 werden nach den Wörtern „deren Bewertung fest“ die Wörter „(Liste abrechnungsfähiger Leistungen)“ eingefügt.</p> <p>cc) Die Sätze 6 und 7 werden wie folgt neu gefasst:</p> <p>„Bei Aktualisierungen des EBM innerhalb des jeweiligen Behandlungsumfangs der einzelnen Anlagen und bei Aktualisierungen des Behandlungsumfangs innerhalb einer Anlage richtet sich das weitere Vorgehen nach § 5 Absatz 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V. Bestehen Zweifel im ergBA daran, ob eine neue, gestrichene oder geänderte Leistung im EBM dem Behandlungsumfang einer Anlage zuzurechnen ist, nimmt der G-BA entsprechende Hinweise aus dem ergänzten Bewertungsausschuss entgegen und führt eine Klärung herbei.“</p>



**8. Anlage 1.1 „Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen“ Buchstabe a „onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 4: Hauttumoren“ wird wie folgt geändert:**

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>a) In Nummer 2 „Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)“ wird „Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind:“ wie folgt geändert:</p> <p>aa) Die Wörter „Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind“ werden durch die Wörter „Weitere spezifische Leistungen“ ersetzt.</p> <p>bb) Dem Satz: „Im Zusammenhang mit § 137e SGB V definierte besondere Qualitätsanforderungen sind zu beachten.“ werden folgende Sätze vorangestellt:            „Die unter „3.1 Buchstabe b Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.“</p>	<p><b>DKG</b></p> <p><i>[keine Übernahme]</i></p>

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>b) In Nummer 5 „Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)“ werden in der Präambel folgende Sätze aufgehoben:            „Die unter „3.1 Buchstabe b Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der</p>	<p><b>DKG</b></p> <p>a) In Nummer 5 „Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)“ wird die Präambel wie folgt geändert:            aa) In Satz 3 werden nach dem Wort „Appendix“ die Wörter „(Primärappendix und Erweiterungsappendizes)“ eingefügt.            bb) In Satz 4 werden nach den Wörtern „deren Bewertung fest“ die Wörter „(Liste</p>

<p>Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.“</p>	<p>abrechnungsfähiger Leistungen)“ eingefügt.                  cc) Die Sätze 6 und 7 werden wie folgt neu gefasst:                  „Bei Aktualisierungen des EBM innerhalb des jeweiligen Behandlungsumfangs der einzelnen Anlagen und bei Aktualisierungen des Behandlungsumfangs innerhalb einer Anlage richtet sich das weitere Vorgehen nach § 5 Absatz 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V. Bestehen Zweifel im ergBA daran, ob eine neue, gestrichene oder geänderte Leistung im EBM dem Behandlungsumfang einer Anlage zuzurechnen ist, nimmt der G-BA entsprechende Hinweise aus dem ergänzten Bewertungsausschuss entgegen und führt eine Klärung herbei.</p>
---	---

**9. In Anlage 1.1 „Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen“ Buchstabe a „onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax“ wird wie folgt geändert:**

<p><i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i></p>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>a) In Nummer 2 „Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)“ wird „Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind:“ wie folgt geändert:</p> <p>aa) Die Wörter „Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind“ werden durch die Wörter „Weitere spezifische Leistungen“ ersetzt.</p> <p>bb) Dem Satz: „Im Zusammenhang mit § 137e SGB V definierte besondere Qualitätsanforderungen sind zu beachten.“ werden folgende Sätze vorangestellt:</p>	<p><b>DKG</b></p> <p><i>[keine Übernahme]</i></p>

<p>„Die in Nummer „3.1 Buchstabe b Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.“</p>	
---	--

Folgedissens zu § 5 Absatz 1	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>b) In Nummer 5 „Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)“ werden in der Präambel folgende Sätze aufgehoben:          „Die in Nummer „3.1 Buchstabe b Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.“</p>	<p><b>DKG</b></p> <p>a) In Nummer 5 „Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)“ wird die Präambel wie folgt geändert:</p> <p>aa) In Satz 3 werden nach dem Wort „Appendix“ die Wörter „(Primärappendix und Erweiterungsappendizes)“ eingefügt.</p> <p>bb) In Satz 4 werden nach den Wörtern „deren Bewertung fest“ die Wörter „(Liste abrechnungsfähiger Leistungen)“ eingefügt.</p> <p>cc) Die Sätze 6 und 7 werden wie folgt neu gefasst:          „Bei Aktualisierungen des EBM innerhalb des jeweiligen Behandlungsumfangs der einzelnen Anlagen und bei Aktualisierungen des Behandlungsumfangs innerhalb einer Anlage richtet sich das weitere Vorgehen nach § 5 Absatz 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V. Bestehen Zweifel im ergBA daran, ob eine neue, gestrichene oder geänderte Leistung im EBM dem Behandlungsumfang einer Anlage zuzurechnen ist, nimmt der G-BA entsprechende Hinweise aus dem ergänzten Bewertungsausschuss</p>

	entgegen und führt eine Klärung herbei.
--	---

**10. Anlage 1.1 „Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen“ Buchstabe a „onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren“ wird wie folgt geändert:**

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>a) In Nummer 2 „Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)“ wird „Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind:“ wie folgt geändert:</p> <p>aa) Die Wörter „Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind“ werden durch die Wörter „Weitere spezifische Leistungen“ ersetzt.</p> <p>bb) Dem Satz: „Im Zusammenhang mit § 137e SGB V definierte besondere Qualitätsanforderungen sind zu beachten.“ werden folgende Sätze vorangestellt:          „Die in Nummer „3.1 b) Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.“</p>	<p><b>DKG</b></p> <p><i>[keine Übernahme]</i></p>

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>b) In Nummer 5 „Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)“ werden in der Präambel folgende Sätze aufgehoben:          „Die in Nummer „3.1 b) Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.“</p>	<p><b>DKG</b></p> <p>a) In Nummer 5 „Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)“ wird die Präambel wie folgt geändert:</p> <p>aa) In Satz 3 werden nach dem Wort „Appendix“ die Wörter „(Primärappendix und Erweiterungsappendizes)“ eingefügt.</p> <p>bb) In Satz 4 werden nach den Wörtern „deren Bewertung fest“ die Wörter „(Liste abrechnungsfähiger Leistungen)“ eingefügt.</p> <p>cc) Die Sätze 6 und 7 werden wie folgt neu gefasst:          „Bei Aktualisierungen des EBM innerhalb des jeweiligen Behandlungsumfangs der einzelnen Anlagen und bei Aktualisierungen des Behandlungsumfangs innerhalb einer Anlage richtet sich das weitere Vorgehen nach § 5 Absatz 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V. Bestehen Zweifel im ergBA daran, ob eine neue, gestrichene oder geänderte Leistung im EBM dem Behandlungsumfang einer Anlage zuzurechnen ist, nimmt der G-BA entsprechende Hinweise aus dem ergänzten Bewertungsausschuss entgegen und führt eine Klärung herbei.“</p>

**11. In Anlage 1.1 „Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen“ Buchstabe a „onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven“ wird wie folgt geändert:**

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>a) In Nummer 2 „Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)“ wird „Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind:“ wie folgt geändert:</p> <p>aa) Die Wörter „Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind“ werden durch die Wörter „Weitere spezifische Leistungen“ ersetzt.</p> <p>bb) Dem Satz: „Im Zusammenhang mit § 137e SGB V definierte besondere Qualitätsanforderungen sind zu beachten.“ werden folgende Sätze vorangestellt:          „Die unter „3.1 b) Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin mit der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.“</p>	<p><b>DKG</b></p> <p><i>[keine Übernahme]</i></p>

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>b) In Nummer 5 „Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)“ werden in der Präambel folgende Sätze aufgehoben:          „Die unter „3.1 b) Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin mit der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die</p>	<p><b>DKG</b></p> <p>a) In Nummer 5 „Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)“ wird die Präambel wie folgt geändert:</p> <p>aa) In Satz 3 werden nach dem Wort „Appendix“ die Wörter „(Primärappendix und Erweiterungsappendizes)“ eingefügt.</p> <p>bb) In Satz 4 werden nach den Wörtern „deren Bewertung fest“ die Wörter „(Liste abrechnungsfähiger Leistungen)“ eingefügt.</p> <p>cc) Die Sätze 6 und 7 werden wie folgt neu gefasst:</p>

<p>Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.“</p>	<p>„Bei Aktualisierungen des EBM innerhalb des jeweiligen Behandlungsumfangs der einzelnen Anlagen und bei Aktualisierungen des Behandlungsumfangs innerhalb einer Anlage richtet sich das weitere Vorgehen nach § 5 Absatz 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V. Bestehen Zweifel im ergBA daran, ob eine neue, gestrichene oder geänderte Leistung im EBM dem Behandlungsumfang einer Anlage zuzurechnen ist, nimmt der G-BA entsprechende Hinweise aus dem ergänzten Bewertungsausschuss entgegen und führt eine Klärung herbei.“</p>
---	---

**12. In Anlage 1.1 „Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen“ Buchstabe a „onkologische Erkrankungen Tumorguppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren“ wird wie folgt geändert:**

<p><i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i></p>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>a) In Nummer 2 „Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)“ wird „Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind:“ wie folgt geändert:</p> <p>aa) Die Wörter „Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind“ werden durch die Wörter „Weitere spezifische Leistungen“ ersetzt.</p> <p>bb) Dem Satz: „Im Zusammenhang mit § 137e SGB V definierte besondere Qualitätsanforderungen sind zu beachten.“ werden folgende Sätze vorangestellt:            „Die in Nummer „3.1 Buchstabe b Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin mit der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der</p>	<p><b>DKG</b></p> <p><i>[keine Übernahme]</i></p>

Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.“	
--	--

*Folgedissens zu § 5 Absatz 1*

<b>GKV-SV, KBV</b>	<b>DKG</b>
<p>b) In Nummer 5 „Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)“ werden in der Präambel folgende Sätze aufgehoben:          „Die in Nummer „3.1 Buchstabe b Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin mit der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.“</p>	<p>a) In Nummer 5 „Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)“ wird die Präambel wie folgt geändert:          aa) In Satz 3 werden nach dem Wort „Appendix“ die Wörter „(Primärappendix und Erweiterungsappendizes)“ eingefügt.          bb) In Satz 4 werden nach den Wörtern „deren Bewertung fest“ die Wörter „(Liste abrechnungsfähiger Leistungen)“ eingefügt.          cc) Die Sätze 6 und 7 werden wie folgt neu gefasst:          „Bei Aktualisierungen des EBM innerhalb des jeweiligen Behandlungsumfangs der einzelnen Anlagen und bei Aktualisierungen des Behandlungsumfangs innerhalb einer Anlage richtet sich das weitere Vorgehen nach § 5 Absatz 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V. Bestehen Zweifel im ergBA daran, ob eine neue, gestrichene oder geänderte Leistung im EBM dem Behandlungsumfang einer Anlage zuzurechnen ist, nimmt der G-BA entsprechende Hinweise aus dem ergänzten Bewertungsausschuss entgegen und führt eine Klärung herbei.“</p>

**13. Anlage 1.1 „Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen“ Buchstabe a  
„onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges“**

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>a) In Nummer 2 „Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)“ wird „Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind:“ wie folgt geändert:</p> <p>aa) Die Wörter „Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind“ werden durch die Wörter „Weitere spezifische Leistungen“ ersetzt.</p> <p>bb) Dem Satz: „Im Zusammenhang mit § 137e SGB V definierte besondere Qualitätsanforderungen sind zu beachten.“ werden folgende Sätze vorangestellt: „Die unter „3.1 b) Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.“</p>	<p><b>DKG</b></p> <p><i>[keine Übernahme]</i></p>

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>b) In Nummer 5 „Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)“ werden in der Präambel folgende Sätze aufgehoben: „Die unter „3.1 b) Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der</p>	<p><b>DKG</b></p> <p>a) In Nummer 5 „Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)“ wird die Präambel wie folgt geändert:</p> <p>aa) In Satz 3 werden nach dem Wort „Appendix“ die Wörter „(Primärappendix und Erweiterungsappendizes)“ eingefügt.</p> <p>bb) In Satz 4 werden nach den Wörtern „deren Bewertung fest“ die Wörter „(Liste abrechnungsfähiger Leistungen)“ eingefügt.</p> <p>cc) Die Sätze 6 und 7 werden wie folgt neu gefasst:</p>

<p>Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.“</p>	<p>„Bei Aktualisierungen des EBM innerhalb des jeweiligen Behandlungsumfangs der einzelnen Anlagen und bei Aktualisierungen des Behandlungsumfangs innerhalb einer Anlage richtet sich das weitere Vorgehen nach § 5 Absatz 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V. Bestehen Zweifel im ergBA daran, ob eine neue, gestrichene oder geänderte Leistung im EBM dem Behandlungsumfang einer Anlage zuzurechnen ist, nimmt der G-BA entsprechende Hinweise aus dem ergänzten Bewertungsausschuss entgegen und führt eine Klärung herbei.“</p>
--	---

**14. Anlage 1.1 „Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen“ Buchstabe b „rheumatologische Erkrankungen Teil 1: Erwachsene“ wird wie folgt geändert:**

<p><i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i></p>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>In Nummer 2 „Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)“ werden die Wörter „Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind“ durch die Wörter „Weitere spezifische Leistungen“ ersetzt.</p>	<p><b>DKG</b></p> <p><i>[keine Übernahme]</i></p>

<p><i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i></p>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p><i>[keine Übernahme]</i></p>	<p><b>DKG</b></p> <p>In Nummer 5 „Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)“ wird die Präambel wie folgt geändert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) In Satz 3 werden nach dem Wort „Appendix“ die Wörter „(Primärappendix und Erweiterungsappendizes)“ eingefügt.</li> <li>b) In Satz 4 werden nach den Wörtern „deren Bewertung fest“ die Wörter „(Liste abrechnungsfähiger Leistungen)“ eingefügt.</li> <li>c) Die Sätze 5 und 6 werden wie folgt neu gefasst:</li> </ul>

	<p>„Bei Aktualisierungen des EBM innerhalb des jeweiligen Behandlungsumfangs der einzelnen Anlagen und bei Aktualisierungen des Behandlungsumfangs innerhalb einer Anlage richtet sich das weitere Vorgehen nach § 5 Absatz 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V. Bestehen Zweifel im ergBA daran, ob eine neue, gestrichene oder geänderte Leistung im EBM dem Behandlungsumfang einer Anlage zuzurechnen ist,—nimmt der G-BA entsprechende Hinweise aus dem ergänzten Bewertungsausschuss entgegen und führt eine Klärung herbei.“</p>
--	---

15.

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b> [keine Übernahme]</p>	<p><b>DKG</b></p> <p><b>In Anlage 1.1 „Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen“ Buchstabe b „rheumatologische Erkrankungen Teil 2: Kinder und Jugendliche“</b> wird in Nummer 5 „Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)“ die Präambel wie folgt geändert:</p> <p>a) In Satz 3 werden nach dem Wort „Appendix“ die Wörter „(Primärappendix und Erweiterungsappendizes)“ eingefügt.</p> <p>b) In Satz 4 werden nach den Wörtern „deren Bewertung fest“ die Wörter „(Liste abrechnungsfähiger Leistungen)“ eingefügt.</p> <p>c) Die Sätze 5 und 6 werden wie folgt neu gefasst: „Bei Aktualisierungen des EBM innerhalb des jeweiligen Behandlungsumfangs der einzelnen Anlagen und bei Aktualisierungen des Behandlungsumfangs innerhalb einer Anlage richtet sich das weitere Vorgehen nach § 5 Absatz 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V. Bestehen Zweifel im ergBA daran, ob eine neue, gestrichene oder geänderte Leistung im EBM dem Behandlungsumfang einer Anlage zuzurechnen ist,—nimmt der G-BA entsprechende Hinweise aus dem ergänzten Bewertungsausschuss entgegen und führt eine Klärung herbei.“</p>

16. Anlage 1.1 „Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen“ Buchstabe c „Chronisch entzündliche Darmerkrankungen“ wird wie folgt geändert:

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<b>GKV-SV, KBV</b>	<b>DKG</b>

In Nummer 2 „Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)“ werden die Wörter „Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind“ durch die Wörter „Weitere spezifische Leistungen“ ersetzt.	[keine Übernahme]
---	----------------------

Folgedissens zu § 5 Absatz 1	
<b>GKV-SV, KBV</b>  [keine Übernahme]	<b>DKG</b>  In Nummer 5 „Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)“ wird die Präambel wie folgt geändert:  a) In Satz 3 werden nach dem Wort „Appendix“ die Wörter „(Primärappendix und Erweiterungsappendizes)“ eingefügt.  b) In Satz 4 werden nach den Wörtern „deren Bewertung fest“ die Wörter „(Liste abrechnungsfähiger Leistungen)“ eingefügt.  c) Die Sätze 5 und 6 werden wie folgt neu gefasst: „Bei Aktualisierungen des EBM innerhalb des jeweiligen Behandlungsumfangs der einzelnen Anlagen und bei Aktualisierungen des Behandlungsumfangs innerhalb einer Anlage richtet sich das weitere Vorgehen nach § 5 Absatz 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V. Bestehen Zweifel im ergBA daran, ob eine neue, gestrichene oder geänderte Leistung im EBM dem Behandlungsumfang einer Anlage zuzurechnen ist,—nimmt der G-BA entsprechende Hinweise aus dem ergänzten Bewertungsausschuss entgegen und führt eine Klärung herbei.“

## 17.

Folgedissens zu § 5 Absatz 1	
<b>GKV-SV, KBV</b>  [keine Übernahme]	<b>DKG</b>  <b>In Anlage 1.2 „Schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen“ Buchstabe a „Multiple Sklerose“</b> wird in Nummer 5 „Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)“ die Präambel wie folgt geändert:  a) In Satz 3 werden nach dem Wort „Appendix“ die Wörter „(Primärappendix und Erweiterungsappendizes)“ eingefügt.  b) In Satz 4 werden nach den Wörtern „deren Bewertung fest“ die Wörter „(Liste abrechnungsfähiger Leistungen)“ eingefügt.  c) Die Sätze 5 und 6 werden wie folgt neu gefasst:

	<p>„Bei Aktualisierungen des EBM innerhalb des jeweiligen Behandlungsumfangs der einzelnen Anlagen und bei Aktualisierungen des Behandlungsumfangs innerhalb einer Anlage richtet sich das weitere Vorgehen nach § 5 Absatz 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V. Bestehen Zweifel im ergBA daran, ob eine neue, gestrichene oder geänderte Leistung im EBM dem Behandlungsumfang einer Anlage zuzurechnen ist,—nimmt der G-BA entsprechende Hinweise aus dem ergänzten Bewertungsausschuss entgegen und führt eine Klärung herbei.“</p>
--	---

18. “

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b> <i>[keine Übernahme]</i></p>	<p><b>DKG</b></p> <p><b>In Anlage 1.2 „Schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen“ Buchstabe b „zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)“</b> wird in Nummer 5 „Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)“ die Präambel wie folgt geändert:</p> <p>a) In Satz 3 werden nach dem Wort „Appendix“ die Wörter „(Primärappendix und Erweiterungsappendizes)“ eingefügt.</p> <p>b) In Satz 4 werden nach den Wörtern „deren Bewertung fest“ die Wörter „(Liste abrechnungsfähiger Leistungen)“ eingefügt.</p> <p>c) Die Sätze 5 und 6 werden wie folgt neu gefasst: „Bei Aktualisierungen des EBM innerhalb des jeweiligen Behandlungsumfangs der einzelnen Anlagen und bei Aktualisierungen des Behandlungsumfangs innerhalb einer Anlage richtet sich das weitere Vorgehen nach § 5 Absatz 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V. Bestehen Zweifel im ergBA daran, ob eine neue, gestrichene oder geänderte Leistung im EBM dem Behandlungsumfang einer Anlage zuzurechnen ist,—nimmt der G-BA entsprechende Hinweise aus dem ergänzten Bewertungsausschuss entgegen und führt eine Klärung herbei.“</p>

19.

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b> <i>[keine</i></p>	<p><b>DKG</b></p>

<i>Übernahme]</i>	<p><b>In Anlage 2 „Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen“ Buchstabe a „Tuberkulose und atypische Mykobakteriose“</b> wird in Nummer 5 „Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)“ die Präambel wie folgt geändert:</p> <p>a) In Satz 3 werden nach dem Wort „Appendix“ die Wörter „(Primärappendix und Erweiterungsappendizes)“ eingefügt.</p> <p>b) In Satz 4 werden nach den Wörtern „deren Bewertung fest“ die Wörter „(Liste abrechnungsfähiger Leistungen)“ eingefügt.</p> <p>c) Die Sätze 5 und 6 werden wie folgt neu gefasst:  „Bei Aktualisierungen des EBM innerhalb des jeweiligen Behandlungsumfangs der einzelnen Anlagen und bei Aktualisierungen des Behandlungsumfangs innerhalb einer Anlage richtet sich das weitere Vorgehen nach § 5 Absatz 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V. Bestehen Zweifel im ergBA daran, ob eine neue, gestrichene oder geänderte Leistung im EBM dem Behandlungsumfang einer Anlage zuzurechnen ist,—nimmt der G-BA entsprechende Hinweise aus dem ergänzten Bewertungsausschuss entgegen und führt eine Klärung herbei.“</p>
-------------------	---

## 20.

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p><i>[keine Übernahme]</i></p>	<p><b>DKG</b></p> <p><b>In Anlage 2 „Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen“ Buchstabe b „Mukoviszidose“</b> wird in Nummer 5 „Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)“ die Präambel wie folgt geändert:</p> <p>a) In Satz 3 werden nach dem Wort „Appendix“ die Wörter „(Primärappendix und Erweiterungsappendizes)“ eingefügt.</p> <p>b) In Satz 4 werden nach den Wörtern „deren Bewertung fest“ die Wörter „(Liste abrechnungsfähiger Leistungen)“ eingefügt.</p> <p>c) Die Sätze 5 und 6 werden wie folgt neu gefasst:  „Bei Aktualisierungen des EBM innerhalb des jeweiligen Behandlungsumfangs der einzelnen Anlagen und bei Aktualisierungen des Behandlungsumfangs innerhalb einer Anlage richtet sich das weitere Vorgehen nach § 5 Absatz 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V. Bestehen Zweifel im ergBA daran, ob eine neue, gestrichene</p>

	oder geänderte Leistung im EBM dem Behandlungsumfang einer Anlage zuzurechnen ist,-nimmt der G-BA entsprechende Hinweise aus dem ergänzten Bewertungsausschuss entgegen und führt eine Klärung herbei.“
--	---

21.

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<b>GKV-SV, KBV</b> <i>[keine Übernahme]</i>	<b>DKG</b> <b>In Anlage 2 „Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen“ Buchstabe c „Hämophilie“</b> wird in Nummer 5 „Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)“ die Präambel wie folgt geändert: a) In Satz 3 werden nach dem Wort „Appendix“ die Wörter „(Primärappendix und Erweiterungsappendizes)“ eingefügt. b) In Satz 4 werden nach den Wörtern „deren Bewertung fest“ die Wörter „(Liste abrechnungsfähiger Leistungen)“ eingefügt. c) Die Sätze 5 und 6 werden wie folgt neu gefasst: „Bei Aktualisierungen des EBM innerhalb des jeweiligen Behandlungsumfangs der einzelnen Anlagen und bei Aktualisierungen des Behandlungsumfangs innerhalb einer Anlage richtet sich das weitere Vorgehen nach § 5 Absatz 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V. Bestehen Zweifel im ergBA daran, ob eine neue, gestrichene oder geänderte Leistung im EBM dem Behandlungsumfang einer Anlage zuzurechnen ist,-nimmt der G-BA entsprechende Hinweise aus dem ergänzten Bewertungsausschuss entgegen und führt eine Klärung herbei.“

**22. Anlage 2 „Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen“ Buchstabe d „Neuromuskuläre Erkrankungen“** wird wie folgt geändert:

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<b>GKV-SV, KBV</b> In Nummer 2 „Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)“ werden die Wörter „Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind“ durch die Wörter „Weitere spezifische Leistungen“ ersetzt.	<b>DKG</b> <i>[keine Übernahme]</i>

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>
-------------------------------------

<b>GKV-SV, KBV</b>	<b>DKG</b>
<i>[keine Übernahme]</i>	<p>In Nummer 5 „Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)“ wird die Präambel wie folgt geändert:</p> <p>a) In Satz 3 werden nach dem Wort „Appendix“ die Wörter „(Primärappendix und Erweiterungsappendizes)“ eingefügt.</p> <p>b) In Satz 4 werden nach den Wörtern „deren Bewertung fest“ die Wörter „(Liste abrechnungsfähiger Leistungen)“ eingefügt.</p> <p>c) Die Sätze 5 und 6 werden wie folgt neu gefasst:          „Bei Aktualisierungen des EBM innerhalb des jeweiligen Behandlungsumfangs der einzelnen Anlagen und bei Aktualisierungen des Behandlungsumfangs innerhalb einer Anlage richtet sich das weitere Vorgehen nach § 5 Absatz 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V. Bestehen Zweifel im ergBA daran, ob eine neue, gestrichene oder geänderte Leistung im EBM dem Behandlungsumfang einer Anlage zuzurechnen ist,—nimmt der G-BA entsprechende Hinweise aus dem ergänzten Bewertungsausschuss entgegen und führt eine Klärung herbei.“</p>

**23. Anlage 2 „Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen“ Buchstabe e „schwerwiegende immunologische Erkrankungen – Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose“ wird wie folgt geändert:**

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<b>GKV-SV, KBV</b>	<b>DKG</b>
In Nummer 2 „Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)“ werden die Wörter „Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind“ durch die Wörter „Weitere spezifische Leistungen“ ersetzt.	<i>[keine Übernahme]</i>

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<b>GKV-SV, KBV</b>	<b>DKG</b>
<i>[keine Übernahme]</i>	<p>In Nummer 5 „Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)“ wird die Präambel wie folgt geändert:</p> <p>a) In Satz 3 werden nach dem Wort „Appendix“ die Wörter „(Primärappendix und Erweiterungsappendizes)“ eingefügt.</p> <p>b) In Satz 4 werden nach den Wörtern „deren Bewertung fest“ die Wörter „(Liste abrechnungsfähiger Leistungen)“ eingefügt.</p> <p>c) Die Sätze 5 und 6 werden wie folgt neu gefasst:</p>

	<p>„Bei Aktualisierungen des EBM innerhalb des jeweiligen Behandlungsumfangs der einzelnen Anlagen und bei Aktualisierungen des Behandlungsumfangs innerhalb einer Anlage richtet sich das weitere Vorgehen nach § 5 Absatz 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V. Bestehen Zweifel im ergBA daran, ob eine neue, gestrichene oder geänderte Leistung im EBM dem Behandlungsumfang einer Anlage zuzurechnen ist,—nimmt der G-BA entsprechende Hinweise aus dem ergänzten Bewertungsausschuss entgegen und führt eine Klärung herbei.“</p>
--	---

**24. Anlage 2 „Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen“ Buchstabe h „Morbus Wilson“ wird wie folgt geändert:**

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>In Nummer 2 „Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)“ werden die Wörter „Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind“ durch die Wörter „Weitere spezifische Leistungen“ ersetzt.</p>	<p><b>DKG</b></p> <p><i>[keine Übernahme]</i></p>

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p><i>[keine Übernahme]</i></p>	<p><b>DKG</b></p> <p>In Nummer 5 „Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)“ wird die Präambel wie folgt geändert:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) In Satz 3 werden nach dem Wort „Appendix“ die Wörter „(Primärappendix und Erweiterungsappendizes)“ eingefügt.</li> <li>b) In Satz 4 werden nach den Wörtern „deren Bewertung fest“ die Wörter „(Liste abrechnungsfähiger Leistungen)“ eingefügt.</li> <li>c) Die Sätze 5 und 6 werden wie folgt neu gefasst:          „Bei Aktualisierungen des EBM innerhalb des jeweiligen Behandlungsumfangs der einzelnen Anlagen und bei Aktualisierungen des Behandlungsumfangs innerhalb einer Anlage richtet sich das weitere Vorgehen nach § 5 Absatz 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V. Bestehen Zweifel im ergBA daran, ob eine neue, gestrichene oder geänderte Leistung im EBM dem Behandlungsumfang einer Anlage zuzurechnen ist,—nimmt der G-BA entsprechende </li> </ol>

	Hinweise aus dem ergänzten Bewertungsausschuss entgegen und führt eine Klärung herbei.“
--	---

25.

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<b>GKV-SV, KBV</b> <i>[keine Übernahme]</i>	<b>DKG</b> <b>In Anlage 2 „Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen“ Buchstabe k „Marfan-Syndrom“</b> wird in Nummer 5 „Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)“ die Präambel wie folgt geändert: a) In Satz 3 werden nach dem Wort „Appendix“ die Wörter „(Primärappendix und Erweiterungsappendizes)“ eingefügt. b) In Satz 4 werden nach den Wörtern „deren Bewertung fest“ die Wörter „(Liste abrechnungsfähiger Leistungen)“ eingefügt. c) Die Sätze 5 und 6 werden wie folgt neu gefasst: „Bei Aktualisierungen des EBM innerhalb des jeweiligen Behandlungsumfangs der einzelnen Anlagen und bei Aktualisierungen des Behandlungsumfangs innerhalb einer Anlage richtet sich das weitere Vorgehen nach § 5 Absatz 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V. Bestehen Zweifel im ergBA daran, ob eine neue, gestrichene oder geänderte Leistung im EBM dem Behandlungsumfang einer Anlage zuzurechnen ist,-nimmt der G-BA entsprechende Hinweise aus dem ergänzten Bewertungsausschuss entgegen und führt eine Klärung herbei.“

26.

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<b>GKV-SV, KBV</b> <i>[keine Übernahme]</i>	<b>DKG</b> <b>In Anlage 2 „Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen“ Buchstabe l „pulmonale Hypertonie“</b> wird in Nummer 5 „Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)“ die Präambel wie folgt geändert: a) In Satz 3 werden nach dem Wort „Appendix“ die Wörter „(Primärappendix und Erweiterungsappendizes)“ eingefügt. b) In Satz 4 werden nach den Wörtern „deren Bewertung fest“ die Wörter „(Liste abrechnungsfähiger Leistungen)“ eingefügt.

	<p>c) Die Sätze 5 und 6 werden wie folgt neu gefasst:          „Bei Aktualisierungen des EBM innerhalb des jeweiligen Behandlungsumfangs der einzelnen Anlagen und bei Aktualisierungen des Behandlungsumfangs innerhalb einer Anlage richtet sich das weitere Vorgehen nach § 5 Absatz 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V. Bestehen Zweifel im ergBA daran, ob eine neue, gestrichene oder geänderte Leistung im EBM dem Behandlungsumfang einer Anlage zuzurechnen ist,-nimmt der G-BA entsprechende Hinweise aus dem ergänzten Bewertungsausschuss entgegen und führt eine Klärung herbei.“</p>
--	---

**27. Anlage 2 „Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen“ Buchstabe o „ausgewählte seltene Lebererkrankungen“ wird wie folgt geändert:**

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>In Nummer 2 „Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)“ werden die Wörter „Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind“ durch die Wörter „Weitere spezifische Leistungen“ ersetzt.</p>	<p><b>DKG</b></p> <p><i>[keine Übernahme]</i></p>

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p><i>[keine Übernahme]</i></p>	<p><b>DKG</b></p> <p>In Nummer 5 „Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)“ wird die Präambel wie folgt geändert:</p> <p>a) In Satz 3 werden nach dem Wort „Appendix“ die Wörter „(Primärappendix und Erweiterungsappendizes)“ eingefügt.</p> <p>b) In Satz 4 werden nach den Wörtern „deren Bewertung fest“ die Wörter „(Liste abrechnungsfähiger Leistungen)“ eingefügt.</p> <p>c) Die Sätze 5 und 6 werden wie folgt neu gefasst:          „Bei Aktualisierungen des EBM innerhalb des jeweiligen Behandlungsumfangs der einzelnen Anlagen und bei Aktualisierungen des Behandlungsumfangs innerhalb einer Anlage richtet sich das weitere Vorgehen nach § 5 Absatz 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V. Bestehen Zweifel im ergBA daran, ob eine neue, gestrichene oder geänderte Leistung im EBM dem Behandlungsumfang einer</p>

	Anlage zuzurechnen ist,—nimmt der G-BA entsprechende Hinweise aus dem ergänzten Bewertungsausschuss entgegen und führt eine Klärung herbei.“
--	--

II. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

<b>KBV</b>	<b>GKV-SV, DKG</b>
Anlage zum Anhang 4a	[keine Aufnahme]

**Zuordnung der indikationsspezifischen ASV-Anlagen zu den leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen gemäß Anhang zu § 4a und gemäß § 135(2) SGB V**

Langzeit-EKG	Koloskopie	Strahlendiagnostik und -therapie							Dünndarm-Kapselendoskopie	Hörgeräteversorgung	Interventionelle Radiologie	Invasive Kardiologie	Kernspintomographie	Mammographie (kurativ)	Molekulargenetik	MR-Angiographie	PET, PET/CT	Rhythmusimplantat-Kontrolle	Schmerztherapie	Spezial-Labor	Ultraschall	Vakuumbiopsie der Brust	Zervix-Zytologie (kurativ)
		allgemeine Röntgendiagnostik Abschnitt 34.2 EBM	Computertomographie Abschnitt 34.3 EBM	Knochenlichtmessung Abschnitt 34.6 EBM	Strahlentherapie Kapitel 25 EBM	Nuklearmedizin Kapitel 17 EBM	GOP 04528, 13425, 04529, 13426	GOP 09372, 09373, 09374, 09375, 20372, 20373, 20374, 20375															

**Anlage 1.1 Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen**

a) onkologische Erkrankungen:	Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	X	X	X	X		X	X			X		X		X	X	X		X	X	X					
	Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren	X	X	X	X	X	X	X			X		X	X	X	X	X		X	X	X	X		X		X
	Tumorgruppe 3: urologische Tumoren	X	X	X	X	X	X	X			X		X		X	X	X		X	X	X	X		X		X
	Tumorgruppe 4: Hauttumoren	X	X	X	X		X	X					X		X	X		X	X	X	X	X		X		X
	Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X		X	X	X		X	X	X	X		X		X
	Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren	X	X	X	X		X	X		X		X	X	X		X	X		X	X	X	X		X		X
	Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven	X		X	X		X	X			X	X	X		X	X		X	X	X	X	X		X		X
	Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X		X	X		X	X	X	X	X		X		X
	Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges	X	X	X	X		X	X			X	X	X		X	X		X	X	X	X	X		X		X
b) rheumatische Erkrankungen:	Teil 1: Erwachsene	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X		X		X
	Teil 2: Kinder und Jugendliche	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X		X		X
c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen		X	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X		X	X	X	X	X	X	X		X		X

**Anlage 1.2 Schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen**

a) Multiple Sklerose		X		X	X	X		X			X	X	X		X		X		X	X						
b) zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)		X		X	X						X	X	X		X		X		X	X						

**Anlage 2 Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen**

a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose		X	X	X	X								X									X	X			
b) Mukoviszidose		X	X	X	X	X							X		X							X	X			
c) Hämophilie		X	X	X	X								X		X	X						X	X			
d) neuromuskuläre Erkrankungen		X	X	X	X	X		X			X	X	X		X	X	X	X				X	X			
e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen: Erkrankungsgruppe 1: Sarkoidose		X	X	X	X			X				X	X		X	X	X					X	X			
h) Morbus Wilson		X	X	X	X	X							X		X							X	X			
k) Marfan-Syndrom		X		X	X	X						X	X	X		X		X				X	X			
l) pulmonale Hypertonie		X	X	X	X	X		X				X	X		X		X		X			X	X			
o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen		X	X	X	X	X						X		X		X		X				X	X			

**Farblegende**

grün: QS-Anforderungen gemäß §4a  
 blau: QS-Anforderungen nach § 135(2) SGB V



# 1 Tragende Gründe

2 zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen  
3 Bundesausschusses über eine Änderung der  
4 Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung  
5 §116b SGB V:  
6 Umstrukturierung des Verfahrens der Jährlichen  
7 Anpassung der Appendizes an den aktuellen  
8 Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)

9 **Stand: 08.07.2024**

10 **Legende:**

11 **Gelb hinterlegte Textteile:** Dissente Passagen

12 **Grau hinterlegte Textteile:** durch die G-BA-Geschäftsstelle noch anzupassende Passagen

13  
14 **Hinweis:** Die Tragenden Gründe werden im Nachgang zur Plenumsitzung von der  
15 Vorsitzenden des Unterausschusses Ambulante spezialfachärztliche Versorgung in  
16 Abstimmung mit den Bänkesprechern finalisiert.

17  
18 Vom T. Monat JJJJ

## 20 Inhalt

21	1.	Rechtsgrundlage .....	2
22	2.	Eckpunkte der Entscheidung .....	2
23	2.1	Zu den Regelungen im Einzelnen:.....	10
24	2.2	Anpassungen, die alle erkrankungsspezifischen Regelungen betreffen.....	20
25	2.3	Anpassungen von Leistungen, die mehrere erkrankungsspezifischen Regelungen betreffen	20
26			
27	3.	Bürokratiekostenermittlung .....	20
28	4.	Verfahrensablauf .....	21
29	5.	Fazit.....	22
30	6.	Literaturverzeichnis.....	22
31	7.	Zusammenfassende Dokumentation.....	22

32

**33 1. Rechtsgrundlage**

34 Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) regelt nach § 116b Absatz 4 Satz 1 SGB V in einer  
35 Richtlinie das Nähere zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV). Zur Umsetzung  
36 dieses Regelungsauftrags hat der G-BA die Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche  
37 Versorgung nach § 116b SGB V (Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b  
38 SGB V / ASV-RL) beschlossen.

**39 2. Eckpunkte der Entscheidung****40 DKG: Begründung zu dem DKG-Hauptantrag**

41 Das derzeitige Vorgehen zur Abbildung und Weiterentwicklung des Behandlungsumfangs in  
42 der ASV und dessen Übertragung in die Listen der in der ASV abrechenbaren Leistungen sowie  
43 die damit verbundene Erstellung und Aktualisierung der Appendizes erfolgt auf Basis einer  
44 eindeutigen und rechtskonformen Aufgabenzuteilung zwischen G-BA und ergänztem  
45 Bewertungsausschuss (ergBA) und stellt ein grundsätzlich gut funktionierendes und  
46 routiniertes Verfahren dar. Auch wenn es in der Vergangenheit bei vereinzelt Leistungen zu  
47 einer verzögerten Übernahme von EBM-Anpassungen in die ASV kam, stellte dies in der Regel  
48 kein wesentliches Problem in der Versorgung dar, wenngleich eine zeitnahe Übernahme von  
49 EBM-Änderungen in die ASV grundsätzlich sinnvoll erscheint.

50 Würde der G-BA die von ihm selbst zunächst erstellten Appendizes später wieder mit der  
51 Zielstellung außer Kraft setzen, EBM-Änderungen durch den ergBA schneller in die ASV und  
52 damit in die Liste abrechenbarer Leistungen übernehmen zu können, als dies durch die  
53 jährliche G-BA-Appendixpflege erfolgt, hätte dies tiefgreifende Konsequenzen für das  
54 Gesamtkonstrukt der ASV, inklusive der langfristigen Bestimmung des Behandlungsumfangs,  
55 dem Anzeigeverfahren bei den erweiterten Landesausschüssen (eLA) sowie den  
56 Stellungnahme-, Beteiligungs- und Aufsichtsrechten im G-BA. Die verbindliche Bestimmung  
57 des Behandlungsumfangs im G-BA würde nach Außerkraftsetzen der Appendizes lediglich im  
58 Grundsatz (z.B. Laborleistungen, bildgebende Verfahren) und ohne weitere Konkretisierung  
59 (z. B. Elektrolyte, Ultraschall) in den Anlagen zur ASV-RL (Appendix) erfolgen. Diese eher  
60 allgemeinen Beschreibungen wurden bisher jedoch gerade nicht als ausreichend für die  
61 Ableitung der erkrankungs-/erkrankungsgruppenspezifisch abrechnungsfähigen Leistungen  
62 gewertet, weshalb eine Konkretisierung bzw. abschließende Festlegung des  
63 Behandlungsumfangs in den Appendizes zu den jeweiligen Anlagen erfolgt. Grundlage hierfür  
64 sind die medizinischen Leistungsbeschreibungen der Gebührenordnungspositionen des EBMs.  
65 Mangels einer Klassifikation für die Abbildung ambulanter medizinischer Leistungen hatte sich  
66 der G-BA bereits vor Jahren darauf verständigt, den Behandlungsumfang auf diesem Wege zu  
67 konkretisieren. Dass die Liste der abrechenbaren ASV-Leistungen des ergBA insofern hohe  
68 Überschneidungen und damit auch einen hohen Gleichklang mit den Appendizes des G-BA  
69 aufweisen, ist allein diesem Umstand geschuldet und war so auch explizit intendiert. Es ist  
70 gerade der G-BA, der die spezialisierte ASV-Versorgung zu den einzelnen Krankheitsbildern  
71 berät und dementsprechend auch den erforderlichen Behandlungsumfang genau festlegt. Mit  
72 dem automatischen Außerkraftsetzen der Appendizes nach deren ersten Überführung in die  
73 Liste abrechnungsfähiger Leistungen und der sich anschließenden Weiterentwicklung durch

74 den ergBA würde die Verantwortung für die Weiterentwicklung des Behandlungsumfangs  
 75 inhaltlich vom G-BA auf den ergBA übertragen. Gleichzeitig entfielen die bisher als essenziell  
 76 geltende und verbindliche Orientierungsgrundlage für den ergBA zur Pflege und  
 77 Weiterentwicklung der Listen der abrechnungsfähigen Leistungen. Diesbezügliche  
 78 Stellungnahme-, Beteiligungs- und Aufsichtsrechte im G-BA würden zusätzlich entfallen.  
 79 Aufgrund der aus dem Außerkrafttreten der Appendizes resultierenden Unbestimmtheit des  
 80 Behandlungsumfangs könnte der ergBA in der Konsequenz eigenständig und ausschließlich  
 81 aus der Perspektive der Abrechnungsfähigkeit entscheiden, welche genauen Leistungen im  
 82 Rahmen der ASV erbracht werden können und welche nicht und damit die auf der Grundlage  
 83 von medizinischen Sachverhalten erfolgende Definition des Behandlungsumfangs im G-BA  
 84 konterkarieren.

85 Darüber hinaus ermöglicht das bisherige Verfahren bereits eine regelhafte Übernahme von  
 86 unterjährigen EBM-Änderungen in die Liste der in der ASV abrechenbaren Leistungen, ohne  
 87 dass die Appendizes hierfür außer Kraft treten müssen. Es bedarf lediglich einer gemeinsamen  
 88 Abstimmung der Gremien des G-BA und des erg-BA, dieses Verfahren umfassender zu nutzen.  
 89 Darüber hinaus bleibt unklar, ob der enorm zunehmende Auslegungsspielraum, der sich durch  
 90 das Außerkrafttreten der Appendizes langfristig ergibt, zeitlich und ressourcentechnisch einer  
 91 relevanten Beschleunigung der Implementierung neuer EBM Änderungen nicht eher im Wege  
 92 steht. Vor diesem Hintergrund wird die Umstellung des Verfahrens als für alle Beteiligten  
 93 inklusive Patienten als zu risikohaft und nicht erforderlich eingeschätzt und daher abgelehnt.  
 94 Gleichwohl sieht die DKG Optimierungsmöglichkeiten des derzeitigen Vorgehens.

95

96 **DKG: Begründung für den Hilfsantrag**

97 Sollte mehrheitlich die Entscheidung getroffen werden, das Verfahren zur Aktualisierung der  
 98 Appendizes umfassend umzustellen und die Appendizes infolgedessen außer Kraft zu setzen,  
 99 wird hilfsweise der Antrag gestellt, die Umstellung ohne das Außerkraftsetzen der Appendizes  
 100 entsprechend dem zusätzlich gestellten Hilfsantrag vorzunehmen. Die Tragenden Gründe für  
 101 den Hilfsantrag sind nachfolgend aufgeführt.

102 **Ausgangslage**

103

<b>GKV-SV, KBV</b>	<b>DKG</b>
<p>Gemäß § 116b Absatz 2. Satz 1 SGB V bestimmt der G-BA den Behandlungsumfang der ASV. Zur näheren Bestimmung hat der G-BA in der ASV-RL das Konstrukt der Appendizes (Abschnitt 1 und Abschnitt 2) eingeführt. Im Abschnitt 1 erfolgt eine Zuordnung des unter § 5 ASV-RL bzw. Nummer 2 der Anlagen definierten Behandlungsumfangs zu Gebührenordnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM).<sup>1</sup></p>	<p>Der G-BA bestimmt gemäß § 116b Abs. 4. Satz 2 SGB V den Behandlungsumfang der ASV. In § 5 der ASV-RL hat der G-BA diesbezüglich geregelt, dass sich der Behandlungsumfang erkrankungs- oder leistungsbezogen aus den Anlagen der ASV-RL ergibt. In den einzelnen Anlagen wird der Behandlungsumfang unter der Ziffer 2 mit einer allgemeinen Beschreibung dargelegt. In anlagenspezifischen Appendizes konkretisiert der G-BA den</p>

1 In Abschnitt 2 werden im Behandlungsumfang definierte Leistungen, die nicht Bestandteil des EBM sind, abgebildet und den Fachgruppen zugeordnet.

<p>Seitdem fasst der G-BA einmal jährlich einen Beschluss zur „Jährlichen Anpassung der Appendizes an den aktuellen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und weitere Änderungen“. Hierdurch wird -neben möglichen Anpassungen am Behandlungsumfang – intendiert, die Appendizes an den aktuellen Stand des EBM anzugleichen. Aufgrund des lediglich jährlichen Turnus für Appendixaktualisierungen im G-BA konnte bisher eine Vielzahl von EBM-Änderungen erst mit 18-monatiger Verzögerung durch den G-BA für die ASV nachvollzogen werden. Bei dem letzten in Kraft getretenen Beschluss wurde beispielsweise die Aktualisierung an einen EBM-Stand vom 1. Oktober 2022 (ergänzt um den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 603. Sitzung) am 16.03.2023 im Plenum beschlossen. Zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Beschlusses am 19.09.2023 war der aktualisierte EBM-Stand folglich bereits wieder fast ein Jahr veraltet, da der Bewertungsausschuss seine Änderungen am Einheitlichen Bewertungsmaßstab üblicherweise quartalsweise vornimmt.</p> <p>Der ergänzte Bewertungsausschuss (ergBA) passt im Gegensatz dazu bereits heute seine für die Abrechnung relevanten und über das Institut des Bewertungsausschusses veröffentlichten „Listen für abrechnungsfähige Leistungen in der ASV“ regelmäßig an den aktuellen Stand des EBM an. Dabei beschränkt sich der ergBA bisher jedoch auf eine strikte Überleitung<sup>2</sup> von Gebührenordnungspositionen des Appendix, die aufgrund einer Änderung im EBM nicht mehr wie bisher abrechenbar sind. (Wegfall von GOP oder neue Aufteilung der GOP mit identischem Inhalt). Der vom G-</p>	<p>Behandlungsumfang weiter, indem Gebührenordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) den einzelnen Fachgruppen des ASV-Teams zugeordnet werden. Die Appendizes dienen somit als Grundlage für die Anzeige bei den erweiterten Landesausschüssen (eLA) nach § 116b Absatz 2 Satz 1 SGB V und § 2 Absatz 2 Satz 1 der ASV-RL, einschließlich der Bestimmung von leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen nach § 4a der ASV-RL, deren Erfüllung bei den eLA im Rahmen des Anzeigeverfahrens als Teilnahmevoraussetzung angezeigt werden müssen. Des Weiteren dienen sie dem ergänzten Bewertungsausschuss (ergBA) als rechtsverbindliche Grundlage für die Bestimmung der abrechnungsfähigen Leistungen der ASV nach § 116b Absatz 6 Satz 8 SGB V.</p> <p>Alle Appendizes werden einmal jährlich durch einen Beschluss an den aktuellen Stand des EBM und an den aktuellen Stand der medizinischen wissenschaftlichen Erkenntnisse und Technik angepasst. So hat der G-BA beispielsweise am 16.03.2023 einen Beschluss zur Aktualisierung der Appendizes an einen Stand des EBM vom 1. Oktober 2022 (ergänzt um den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 603. Sitzung) getroffen, der am 19.09.2023 in Kraft getreten ist. Zu diesem Zeitpunkt war der aktualisierte EBM-Stand folglich bereits wieder fast ein Jahr veraltet, da der Bewertungsausschuss beständig Änderungen am EBM vornimmt. Aufgrund des jährlichen Turnus der Appendixaktualisierung im G-BA konnten bisher somit EBM-Änderungen erst mit Verzögerung durch den G BA für die ASV nachvollzogen werden.</p>
---	--

2 Bei einer Überleitung von Gebührenordnungspositionen beschließt der ergBA anlässlich von EBM-Änderungen für Leistungen des Appendix, welche Gebührenordnungspositionen die bisherige Ziffer ersetzen. Teilweise kann je nach Art der EBM-Änderung eine Gebührenordnungsposition durch eine andere ersetzt werden, eine Gebührenordnungsposition durch mehrere ersetzt werden, oder mehrere Gebührenordnungspositionen in einer Gebührenordnungsposition zusammengefasst werden.

<p>BA vorgegebene Behandlungsumfang wird durch diese Aktualisierungen nicht geändert. Darüber hinausgehende Anpassungen, die durch den in § 5 der ASV-RL und Nummer 2 der Anlagen definierten Behandlungsumfang ebenfalls abgedeckt wären, erfolgten bisher nicht.</p> <p>Im Ergebnis ist festzustellen, dass das ursprünglich vom G-BA festgelegte Verfahren zu wesentlichen Nachteilen für die Versorgung und für die beteiligten Gremien führt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anpassungen am EBM durch Beschlüsse des Bewertungsausschusses (BA) gemäß § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V können in der ASV gegenüber der vertragsärztlichen Versorgung häufig nur mit sehr starker Verzögerung von bis zu 18 Monaten nachvollzogen werden.</li> <li>• Das parallele Bestehen von Appendizes des G-BA mit abweichendem Stand zu den „Listen für abrechnungsfähige Leistungen in der ASV“ des ergBA erzeugt Unklarheiten (vgl. bspw. das Schreiben des BMG vom 21. Juni 2023 zum Beschluss des G-BA vom 16. März 2024 zur Jährlichen Anpassung der Appendizes an den aktuellen EBM und weitere Änderungen).</li> <li>• Im G-BA und ergBA erfolgen häufig sich überschneidende Beratungen zur Aktualisierung der Appendizes.</li> <li>• Der Beschlusstext für die letzte Appendixaktualisierung umfasst ohne tragende Gründe 838 Seiten. Entsprechend erzeugt die Prüfung der Beschlüsse bei der Rechtsaufsicht einen ebenfalls hohen Aufwand und die Veröffentlichung im Bundesanzeiger verzögert sich im Vergleich zu anderen G-BA-Beschlüssen</li> </ul>	<p>Der ergBA aktualisiert zwar bereits heute die für die Abrechnung in der ASV relevanten und über das Institut des Bewertungsausschusses veröffentlichten „Listen für abrechnungsfähige Leistungen in der ASV“ regelmäßig an den aktuellen Stand des EBM. Dabei beschränkt sich der ergBA bisher auf Anpassungen, die die Abbildung bereits abrechnungsfähiger ASV-Leistungen in den zuvor genannten Listen betreffen. Darüberhinausgehende Anpassungen, die durch den in § 5 der ASV-RL und Nr. 2 der Anlagen definierten Behandlungsumfang gleichermaßen noch abgedeckt wären, erfolgten bisher jedoch nicht. Wird beispielsweise ein Labortest zur Bestimmung von Blut im Stuhl durch einen neuen Test und eine neue GOP ersetzt oder ergänzt, wird der neue Test bisher nicht aufgenommen, obwohl er in gleicher Weise der Bestimmung von Blut im Stuhl dient.</p> <p>In der Konsequenz führt dies u. a. dazu, dass:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anpassungen am EBM in der ASV gegenüber der vertragsärztlichen Versorgung häufig mit Verzögerung nachvollzogen werden</li> <li>• im G-BA und ergBA sich überschneidende Beratungen zur Aktualisierung der Appendizes erfolgen.</li> </ul> <p>Vor diesem Hintergrund hat der G-BA seit der Sitzung des Unterausschusses ASV am 6. Juni 2022 ausführlich über eine Anpassung des Verfahrens beraten und sich auch gremienübergreifend über Änderungen ausgetauscht. Ziel war insbesondere die schnellere Berücksichtigung von EBM-Anpassungen in der ASV. Um diese zu erreichen, wurde von einigen Mitgliedern Anpassungsbedarf an der ASV-RL und ihren Anlagen, der Verfahrensordnung des G-BA sowie an der geltenden Beschlusslage im ergBA gesehen. Die zukünftigen Gremienabläufe und gremienübergreifenden Abstimmungserfordernisse wurden grob orientierend identifiziert und</p>
---	--

<p>erfahrungsgemäß regelmäßig um Wochen bis Monate. Aufgrund der steigenden Anzahl an ASV-Anlagen inclusive der jeweiligen Appendizes erhöht sich der Aufwand jedes Jahr weiter.</p> <p>Vor diesem Hintergrund hat der G-BA seit der Sitzung des Unterausschusses ASV (UA ASV) am 6. Juni 2022 ausführlich über eine Anpassung des Verfahrens beraten mit dem Ziel, eine bürokratiearme, rechtssichere Lösung zu finden, wie Änderungen im EBM zeitnah auch in der ASV Anwendung finden können. Im Ergebnis hat der UA ASV am 13.09.2023 ein Konzeptpapier für einen gremienübergreifenden Testlauf des neuen Verfahrens an den ergBA versandt. Der Testlauf wurde in den Arbeitsgruppen beider Gremien durchgeführt sowie im Unterausschuss ASV mehrfach beraten. Hierbei wurden die erforderlichen Anpassungen am Richtlinien text und den Anlagen im G-BA bzw. an der geltenden Beschlusslage im ergBA identifiziert. Die zukünftigen Gremienabläufe und gremienübergreifenden Abstimmungserfordernisse wurden beschrieben und Verfahrenskonstellationen für alle Varianten von EBM-Änderungen (neue Leistungen, Änderungen von Leistungen, Streichungen von Leistungen) abgestimmt. Insgesamt wird ein positives Fazit aus dem Testverfahren gezogen. Für das neue Verfahren werden u.a. die folgenden wesentlichen Vorteile gesehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EBM-Anpassungen bzw. Hinweise aus externen Anfragen zu EBM-Leistungen können, sofern diese nicht zu einer Änderung des Behandlungsumfangs führen, zukünftig ohne Zeitverzug durch den ergBA auch für die ASV nachvollzogen und von den ASV-Teams abgerechnet werden.</li> <li>• Das Nebeneinanderbestehen zweier parallel veröffentlichter, aber nicht vollständig kongruenter Listen von</li> </ul>	<p>Verfahrenskonstellationen für Varianten von EBM-Änderungen (neue Leistungen, Änderungen von Leistungen, Streichungen von Leistungen) erörtert. Auch wurden Abläufe für die Anpassung der Appendizes an den aktuellen Stand der medizinischen wissenschaftlichen Erkenntnisse und Technik beraten und Möglichkeiten für eine Prozessoptimierung identifiziert. In der Gesamtschau kam der UA ASV zu dem Schluss, dass ein modifiziertes Verfahren zur Aktualisierung der Appendizes u.a. mit folgenden Vorteilen einhergehen kann:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EBM-Anpassungen können jeweils, sofern diese nicht zu einer Änderung des Behandlungsumfangs führen und auch diesbezüglich keine Zweifel bestehen, zukünftig ohne Zeitverzug durch den ergBA auch für die ASV nachvollzogen und von den ASV-Teams abgerechnet werden.</li> <li>• Die Transparenz über EBM-Änderungen wird für den G-BA durch einen standardisierten ausführlichen Bericht des ergBA zu Beschlüssen des (E)BA und deren Relevanz für die ASV deutlich erhöht.</li> </ul> <p>Im Ergebnis hat der UA ASV in seiner Sitzung vom 10. April 2024 die Erarbeitung eines Beschlussentwurfes beauftragt, wenngleich über die erforderlichen Verfahrensschritte und Anpassungsnotwendigkeiten im Einzelnen dissente Positionen bestehen. Das grundlegende Ziel für die ASV relevante unterjährige Änderungen im EBM zeitnaher verfügbar zu machen, wird jedoch geteilt.</p>
---	--

<p>Gebührenordnungspositionen- einerseits vom G-BA, andererseits vom ergBA- wird vermieden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durch das Freisetzen der nicht mehr für die Appendixaktualisierung im G-BA gebundenen Arbeitskapazitäten kann zukünftig zweimal jährlich zu möglichen Anpassungen der Richtlinie und bestehender Anlagen beraten werden</li> <li>• Die Transparenz über EBM-Änderungen wird für den G-BA durch einen standardisierten ausführlichen Bericht des ergBA zu Beschlüssen des (E)BA und deren Relevanz für die ASV deutlich erhöht.</li> </ul> <p>Im Ergebnis hat der UA ASV in seiner Sitzung vom 10. April 2024 die zuständige Arbeitsgruppe mit der Vorbereitung eines Beschlussentwurfs zur beschriebenen Umstrukturierung der Abläufe beauftragt.</p>	
--	--

104 **Einführung eines neuen Verfahrens, Änderungen im Beratungsablauf des G-BA und**  
 105 **Abstimmung mit dem ergBA**

<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>Mit dem vorliegenden Beschluss verlässt der G-BA die bisherige Vorgehensweise, die nähere Definition des Behandlungsumfangs dauerhaft ergänzend durch GOPen des EBM vorzunehmen.</p>	<p><b>DKG</b></p> <p>Mit der Umstellung der Aktualisierung der Appendizes ist die Erwartung verbunden notwendige Voraussetzungen zu schaffen, EBM-Anpassungen zeitnaher in die ASV zu übernehmen. Aufgrund unterschiedlicher Verantwortlichkeiten und einer enormen Komplexität des Prozesses galt es die Möglichkeiten sowie Nutzen und Risiken einer Umstellung umfassender zu betrachten. Die Definition des Behandlungsumfangs mittels einer allgemeiner Leistungsbeschreibung in den Anlagen und einer Spezifizierung in Form eines Appendix mittels GOP (medizinische Leistungsbeschreibung) wird u. a. zum Erhalt von Beteiligungsrechten im G-BA, aufgrund seiner Eignung zur rechtskonformen Trennung der Aufgaben von G-BA und ergBA, seiner Anerkennung in der Versorgungspraxis</p>		
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><b>KBV</b></p> <p>Rechtsgrundlage für dieses Vorgehen ist § 116 Abs. 4 Satz 2 SGB V. wonach der G-BA die ASV-relevanten Erkrankungen konkretisiert und den Behandlungsumfang bestimmt.</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><b>GKV-SV</b></p> <p>Gemäß § 116 Abs. 4 Satz 2 SGB V konkretisiert der G-BA die ASV-relevanten Erkrankungen und bestimmt den Behandlungsumfang.</p> </td> </tr> </table> <p>Diese Regelung erfordert nicht, dass der Behandlungsumfang zwingend über GOPen abgebildet werden muss. Entsprechend wird</p>	<p><b>KBV</b></p> <p>Rechtsgrundlage für dieses Vorgehen ist § 116 Abs. 4 Satz 2 SGB V. wonach der G-BA die ASV-relevanten Erkrankungen konkretisiert und den Behandlungsumfang bestimmt.</p>	<p><b>GKV-SV</b></p> <p>Gemäß § 116 Abs. 4 Satz 2 SGB V konkretisiert der G-BA die ASV-relevanten Erkrankungen und bestimmt den Behandlungsumfang.</p>	
<p><b>KBV</b></p> <p>Rechtsgrundlage für dieses Vorgehen ist § 116 Abs. 4 Satz 2 SGB V. wonach der G-BA die ASV-relevanten Erkrankungen konkretisiert und den Behandlungsumfang bestimmt.</p>	<p><b>GKV-SV</b></p> <p>Gemäß § 116 Abs. 4 Satz 2 SGB V konkretisiert der G-BA die ASV-relevanten Erkrankungen und bestimmt den Behandlungsumfang.</p>		

mit der Neuregelung beschlossen, die bereits in Kraft getretenen Appendizes gem. dem neuen § 5b der ASV-RL an dem Tag außer Kraft zu setzen, an dem der „Beschluss des Ergänzten Bewertungsausschusses über die Bestimmung der abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen“ in Kraft tritt (bedingtes Außerkrafttreten).

Nach dem jeweiligem Außerkrafttreten eines Appendix wird der Behandlungsumfang daher abschließend über § 5 der ASV-RL und die jeweilige Nummer 2 einer Anlage definiert. Über die Abrechnungsfähigkeit und Abrechnungsvoraussetzungen von GOPen des EBM entscheidet der ergBA gemäß § 116 Absatz 6 Satz 9 SGB V unter Beachtung des vom G-BA definierten Behandlungsumfangs.

Beim Beschluss neuer Anlagen zur ASV-RL erfolgt weiterhin eine

<b>KBV</b>	<b>GKV-SV</b>
für den ergBA richtungsweisende Erstdefinition des Behandlungsumfangs über Appendizes mit GOPen durch den G-BA.	Erstdefinition des Behandlungsumfangs über Appendizes durch den G-BA.

Dieser anlagenspezifische Ziffernkranz von GOPen inklusive der Fachgruppenzuordnung ist für die „Listen für abrechnungsfähige Leistungen in der ASV“ des ergBA richtungsweisend, da die Appendizes bis zum Außerkrafttreten als abschließende Definition des Behandlungsumfangs gelten. Mit der Übernahme der Tabellen durch den ergBA erfolgt durch diesen zugleich eine Anpassung an den aktuellen Stand des EBM. Nach Veröffentlichung der „Listen für abrechnungsfähige Leistungen in der ASV“ tritt der Appendix des G-BA außer Kraft.

Die Aktualisierung der „Listen für abrechnungsfähige Leistungen in der ASV“ an den aktuellen Stand des EBM erfolgt allein durch den ergBA, sofern die EBM-Anpassung keine Veränderung des Behandlungsumfangs mit sich bringt.

und der hiermit verbundenen maximalen Transparenz beibehalten. Dies folgt dem Umstand, dass die fachgruppenspezifische Zuordnung von Gebührenordnungspositionen (GOP) im Appendix eine viel genauere Abbildung des Behandlungsumfangs als die allgemeine Beschreibung des Behandlungsumfangs nach der Ziffer 2 einer Anlage erlaubt. Die Appendizes unterstützen zudem die Anzeige nach § 116b Absatz 2 Satz 1 SGB V, inklusive der Festlegung welche leistungsspezifischen Qualitätsanforderung nach § 4a der ASV-RL als Teilnahmevoraussetzung im Rahmen des Anzeigeverfahrens bei den erweiterten Landesausschüssen angezeigt werden müssen. Der G-BA wird deshalb zukünftig wie bisher auch Anlagen mit einem Appendix erstellen, in dem GOPen fachgruppenspezifisch zugeordnet werden (Primärappendix). Dieser Appendix dient dem ergBA als verbindliche Grundlage für die Erstellung der Listen abrechnungsfähiger Leistungen. Der ergBA kann innerhalb des durch den G-BA definierten Behandlungsumfangs Anpassungen an den Listen abrechnungsfähiger ASV-Leistungen vornehmen. Wird beispielsweise eine, in einem ASV-Appendix aufgeführte Leistung künftig nicht mehr mittels einer GOP sondern durch zwei GOP vollständig abgebildet, können beide GOP vom ergBA in die Liste der abrechnungsfähigen ASV-Leistungen aufgenommen werden. Bestehen innerhalb des ergBA jedoch Zweifel, dass der Behandlungsumfang der ASV durch Änderungen am EBM berührt ist, nimmt der G-BA auf einen entsprechenden Hinweis aus dem ergBA eine Einschätzung des Sachverhaltes vor und führt eine Klärung herbei.

Spätere Änderungen am Behandlungsumfang (am Primärappendix) sowie Anpassungen der Teilnahmevoraussetzungen werden im

	<p>G-BA zukünftig durch Erweiterungsappendizes beschlossen. Mit diesem Vorgehen wird den rechtlichen Vorgaben hinsichtlich der Einhaltung von Stellungnahme-, Beteiligungs- und Aufsichtsrechten gefolgt. Eine erneute Beschlussfassung über den gesamten Appendix erfolgt dabei nicht mehr. Der Behandlungsumfang ergibt sich somit aus der Gesamtschau des Primärappendix sowie möglichen Erweiterungsappendizes, die zusammen den gültigen Appendix darstellen. Die Listen der abrechnungsfähigen Leistungen des ergBA bieten weiterhin einen Gesamtüberblick über die aktuell abrechenbaren GOP.</p>
--	--

106 Gemäß gremienübergreifender Abstimmung ist vorgesehen, dass der ergBA den G-BA  
 107 zukünftig in standardisierter Weise ausführlich über alle EBM-Anpassungen sowie die  
 108 Entscheidungen des ergBA hinsichtlich der jeweiligen Relevanz für die ASV informiert. Dies  
 109 umfasst gemäß Absprache auch Informationen über die Beweggründe des ergBA, sofern  
 110 dieser eine EBM-Anpassung für die ASV nicht als relevant bewertet hat. Diese Informationen  
 111 sollen allen Beteiligten an den Beratungen zur ASV im G-BA zur Verfügung gestellt werden. Im  
 112 Gegenzug informiert der G-BA den ergBA frühzeitig über alle Beschlüsse zu neuen Anlagen  
 113 und zu Änderungen am Behandlungsumfang bzw. an der Fachgruppenzuordnung von  
 114 Leistungen.

115 Zur weiteren Beschleunigung der Übernahme von neuen Leistungen und für notwendige  
 116 Anpassungen am Behandlungsumfang hat sich der G-BA zum Ziel gesetzt, zukünftig statt  
 117 einmal jährlich zweimal jährlich über die Anpassung des Behandlungsumfangs sowie weiterer  
 118 Anpassungen an der ASV-RL zu beschließen. Hierbei ist auch geplant, durch einen festen  
 119 Tagesordnungspunkt in der zuständigen Arbeitsgruppe regelmäßig zu den

<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>Beschlüssen des ergBA zur ASV zu beraten und dort offene Fragen bzw. ggf. unterschiedliche Einschätzungen zum Votum des ergBA diskutieren zu können. Zukünftige Änderungen am Behandlungsumfang werden mit verkürzten Appendizes, die lediglich die von den Änderungen betroffenen GOPen und die indikationsspezifische Fachgruppenzuordnung enthalten, beschlossen. Diese Appendizes treten nach der verbindlichen Übernahme durch den ergBA in seine „Listen für abrechnungsfähige</p>	<p><b>DKG</b></p> <p>Beratungen und Beschlüssen des ergBA zur ASV zu beraten und dort offene Fragen bzw. ggf. unterschiedliche Einschätzungen innerhalb des ergBA diskutieren zu können. Zukünftige Änderungen am Behandlungsumfang werden mit verkürzten Appendizes (Erweiterungsappendizes), die lediglich die von den Änderungen betroffenen GOPen und die indikationsspezifische Fachgruppenzuordnung enthalten, beschlossen.</p>
---	---

<p>Leistungen in der ASV“ ebenfalls wieder außer Kraft.</p> <p>Die bisherige Aktualisierung der Appendizes der bestehenden Anlagen an den aktuellen Stand des EBM entfällt zukünftig als Teil des Beschlusses zur „Jährlichen Anpassung der Appendizes an den aktuellen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und weitere Änderungen“ ersatzlos, weswegen eine Umbenennung des entsprechenden Beschlusses erfolgen wird.</p>	<p>Die bisherige Aktualisierung der Appendizes der bestehenden Anlagen an den aktuellen Stand des EBM entfällt zukünftig als Teil des Beschlusses zur „Jährlichen Anpassung der Appendizes an den aktuellen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und weitere Änderungen“ ersatzlos.</p>
--	--

120 Die letztmalige Aktualisierung der Appendizes an den aktuellen Stand des EBM durch den G-  
121 BA erfolgte mit dem Beschluss des G-BA-Plenums vom 21.03.2024.

122 Auch der Umgang des G-BA mit externen Anfragen mit Bezug auf den EBM bzw. den  
123 Behandlungsumfang wird angepasst. Sofern Anfragen an den G-BA gerichtet werden, die als  
124 Ergebnis der Beratung den Behandlungsumfang nicht tangieren, sondern die Abrechnung  
125 nach EBM betreffen, erfolgt zukünftig eine Weiterleitung an den ergBA, sofern der  
126 Anfragestellende hiermit einverstanden ist. Über das Beratungsergebnis wird der G-BA in  
127 gleicher Form wie über Beratungsergebnisse zu EBM-Anpassungen informiert. Mit dem ergBA  
128 wurde abgestimmt, dass externe Anfragen, die an ihn gerichtet werden, aber den  
129 Behandlungsumfang tangieren, nach gleichem Verfahren zukünftig an den G-BA  
130 weitergeleitet werden, sofern der Anfragestellende hiermit einverstanden ist.

131 **2.1 Zu den Regelungen im Einzelnen:**

132 Anpassung in § 4a Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen Absatz 2

<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>Mit der Neuregelung treten die Appendizes gemäß dem neuen § 5b der ASV-RL nach Beschluss des Ergänzten Bewertungsausschusses über die Bestimmung der abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen außer Kraft.</p> <p>Vor diesem Hintergrund wird der bisherige Verweis in § 4a Absatz 2 obsolet.</p>	<p><b>DKG</b></p> <p>Die Erfüllung von leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen ist laut § 4a Absatz 2 Satz 1 der ASV-RL Teilnahmevoraussetzung, welche im Rahmen des Anzeigeverfahrens gegenüber den eLA angezeigt werden muss. Welche Anforderungen angezeigt werden müssen, ergibt sich aus der Zuordnung von GOPen im Appendix. Sofern Anpassungen zu den Teilnahmevoraussetzungen erforderlich sind, werden diese mit einem Erweiterungsappendix</p>
<p><b>GKV-SV</b></p> <p>Nach Außerkrafttreten der Appendizes sind die leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen auf Grundlage des Behandlungsumfangs nach Nr. 2 zu bestimmen.</p>	<p><b>KBV</b></p> <p>Die Erfüllung dieser festgelegten, leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen des Anhangs zu § 4a bzw. gemäß den für die jeweilige indikationsspezifische ASV-Anlage relevanten</p>

	<p>Regelungen nach §135 Absatz 2 SGB V bleibt Voraussetzung für die Teilnahme an der ASV. Der G-BA weist daher eine konkrete Zuordnung der leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen, die für die jeweilige indikationsspezifische ASV-Anlage gelten, in einer separaten Anlage zum Anhang aus.</p>	<p>umgesetzt, sodass der Appendix (bestehend aus Primärappendix und Erweiterungsappendix) weiterhin eindeutig vorgibt, welche Teilnahmevoraussetzungen zur Erfüllung der leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen im Rahmen des Anzeigeverfahrens angezeigt werden müssen.</p>
<p>Die außerkraftgetretenen Appendizes mit letztem aktuellem Stand können als weitere Orientierungshilfe herangezogen werden, wobei hier zu beachten ist, dass diese nicht mehr zwingend dem aktuellen Stand des EBM entsprechen.</p> <p>Der G-BA intendiert durch die vorliegende Änderung keine Anpassung der Prüfpraxis durch die eLA.</p>		

133 Anpassung in §5 Behandlungsumfang

134 Zu Absatz 1:

<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>Wie eingangs dargestellt, wird die nähere Definition des Behandlungsumfangs durch GOPen durch den G-BA insoweit verlassen, als dass mit der Neuregelung die bestehenden Appendizes gem. dem neuen § 5b der ASV-RL nach Beschluss des Ergänzten Bewertungsausschusses über die Bestimmung der abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen außer Kraft treten.</p> <p>Gleichermaßen wird zukünftig beim Beschluss neuer Anlagen zur ASV-RL vorgegangen. Nach jeweiligem Außerkrafttreten wird der Behandlungsumfang weiter über § 5 der ASV-RL und die jeweilige Nummer 2 der Anlage definiert.</p> <p>Der G-BA stellt klar, dass die vom Behandlungsumfang umfassten Leistungen für eine indikationsspezifische medizinische</p>	<p><b>DKG</b></p> <p>In § 5 wird der Behandlungsumfang definiert und das Vorgehen zu dessen Bestimmung festgelegt. Der G-BA definiert den Behandlungsumfang weiterhin in Form von einer übergeordneten Leistungsbeschreibung unter der Nummer 2 <i>Behandlungsumfang</i> einer Anlage. Die Konkretisierung erfolgt durch die fachgruppenspezifische Zuordnung von Gebührenordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in einem Appendix unter der Nummer 5 <i>Appendix</i> der jeweiligen Anlage durch den G-BA. Eine Ausnahme stellt die Anlage zu gynäkologischen Tumoren dar, in der aufgrund von indikationsspezifischen Regelungen der Appendix unter der Nummer 6 erstellt wurde. Wie derzeit auch, dient der Appendix als Grundlage für die Erstellung der Listen abrechnungsfähiger Leistungen durch den ergänzten</p>
---	---

<p>Versorgung vom Team vorgehalten werden müssen. Hierbei löst sich der G-BA von der bisherigen Verknüpfung des Leistungsbegriffs mit GOPen des EBM. Die in § 5 ASV-RL bzw. Nummer 2 einer Anlage genannten Leistungen sind in der Regel allgemeiner als der EBM formuliert. Sie sind eingegrenzt auf ihre indikationsspezifische Notwendigkeit entsprechend als vom Behandlungsumfang abgedeckte medizinische Leistungsbereiche zu verstehen, deren bisherige Entsprechung im EBM teilweise über einzelne GOPen hinaus gehen kann und teilweise größere Ausschnitte eines EBM-Abschnitts oder -Kapitels begrifflich umfassen kann (beispielsweise „Laboruntersuchungen“ oder „Psychotherapeutische Beratung und Betreuung“).</p> <p>Durch die Eingrenzung auf die indikationsspezifische Notwendigkeit wird beispielsweise klargelegt, dass Abdomensonographien bei Patienten mit Tumoren des Auges trotz der in der Anlage dort im Behandlungsumfang aufgeführten „Sonographien“ nicht zum Behandlungsumfang gehören. Über die Abrechnungsfähigkeit und Abrechnungsvoraussetzungen von GOPen entscheidet der ergänzte Bewertungsausschuss unter Beachtung des vom G-BA definierten Behandlungsumfangs. Flankierend sind die Festlegungen im Erstappendix zu berücksichtigen.</p> <p>Als Handreichung an den ergänzten Bewertungsausschuss für die Festlegung abrechnungsfähiger GOPen ist für folgende Leistungen davon auszugehen, dass diese keine nach Absatz 1 Satz 1 notwendigen Leistungen der ASV darstellen, soweit in der Richtlinie oder den Anlagen nichts Abweichendes geregelt ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch,</li> </ul>	<p>Bewertungsausschuss (ergBA). Der ergBA kann diese Listen anpassen, sofern der vom G-BA definierte Behandlungsumfang davon unberührt bleibt. Eine regelhafte Anpassung des Appendix an den aktuellen Stand des EBM erfolgt im G-BA nicht mehr.</p> <p>Stellt der G-BA im Rahmen der regelmäßigen Pflege und Weiterentwicklung der Anlagen auch Anpassungsbedarf am Behandlungsumfang fest, wird dieser mittels eines Erweiterungsappendix umgesetzt, welcher ebenfalls unter der Nummer 5 bzw. 6 aufgeführt wird. Im Verlauf ergibt sich der Behandlungsumfang somit neben den Ausführungen unter Nummer 2 der Anlagen in Zusammenschau mit dem Primärappendix und möglichen Erweiterungsappendizes. Primärappendix und Erweiterungsappendizes einer ASV-Anlage werden im Sinne eines Servicedokumentes durch den GBA in einem Dokument zusammengefasst und vorgehalten. Da der ergBA die Listen der abrechnungsfähigen Leistungen im Rahmen des G-BA-Behandlungsumfanges weiterentwickeln kann, ergeben sich im Zeitverlauf Diskrepanzen zwischen den Appendixes des G-BA sowie den Listen des ergBA. Dies ist bereits unter dem bisherigen Verfahren der Fall gewesen. Da die regelhafte Anpassung der Appendixes an den aktuellen Stand des EBM zukünftig im G-BA entfällt, werden die Unterschiede im Zeitverlauf zunehmen. Die für die Versorgungspraxis abrechenbaren Leistungen können weiterhin wie bisher den jeweiligen Listen des ergBA aktuell und vollständig entnommen werden. Vor diesem Hintergrund bleiben die Zuständigkeiten des G-BA und des ergBA an dieser Stelle unverändert. Sie ändern sich lediglich in der Art der Umsetzung.</p> <p>Sollten Zweifel darüber bestehen, ob eine Änderung des EBM Auswirkungen auf den Behandlungsumfang hat, prüft der G-BA den Sachverhalt. Zu diesem Zwecke informiert der ergBA bzw. dessen Mitglieder den G-BA über diesbezügliche Änderungen am EBM.</p>
--	---

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Substitutionsbehandlungen und diamorphingestützte Behandlungen der Drogenabhängigkeit,</li> <li>• Leistungen des hausärztlichen Versorgungsbereichs mit Ausnahme des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin,</li> <li>• Geburtshilfe und Reproduktionsmedizin,</li> <li>• Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe sowie entsprechende medizinische Maßnahmen wegen keimzellschädigender Therapie,</li> <li>• Phlebologische Leistungen</li> <li>• Körperakupunktur,</li> <li>• Soziotherapeutische Leistungen,</li> <li>• Neuropsychologische Leistungen,</li> <li>• Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung,</li> <li>• Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten</li> <li>• Leistungen für ambulante und belegärztliche Operationen, Anästhesien, prä- und postoperative Überwachungen sowie orthopädisch-chirurgische konservative Leistungen,</li> <li>• antragspflichtige Leistungen der Psychotherapie-Richtlinie sowie Neuropsychologische Therapie gemäß der Nummer 19 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses,</li> <li>• Leistungen zur koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeheimen,</li> </ul>	<p>Der G-BA prüft die Hinweise und führt eine Klärung herbei. Aufgrund unterschiedlicher Konstellationen sind dabei verschiedene Vorgehensweisen denkbar. Der G-BA kann beispielsweise durch den Beschluss eines Erweiterungsappendix den Behandlungsumfang ändern, falls er feststellt, dass die neue Leistung von dem bisherigen Behandlungsumfang noch nicht umfasst ist und diesen erkrankungsspezifisch ergänzen soll. Sollte der G-BA zu dem Ergebnis gelangen, dass die Änderung des EBM vom Behandlungsumfang umfasst ist, beispielsweise weil ähnliche Leistungen bereits im Appendix aufgeführt werden, kann er eine entsprechende Empfehlung zur Aufnahme und fachgruppenspezifischen Zuordnung der GOP in der Liste der abrechnungsfähigen Leistungen an den ergBA geben. Es ist ebenso denkbar, dass weder der Behandlungsumfang betroffen ist noch die Leistung im Rahmen der ASV erbracht werden sollte und der G-BA feststellt, dass keine weiteren Maßnahmen erforderlich sind.</p>
---	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leistungen zur qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung,</li> <li>• Leistungen zur Versorgungsplanung nach § 132g Absatz 3 SGB V und</li> <li>• Leistungen, die ausschließlich im Rahmen von Erprobungsverfahren erfolgen.</li> </ul> <p>Im neuen Satz 2 wird festgelegt, dass bis zum Außerkrafttreten der Appendizes diese den Behandlungsumfang abschließend definieren. Der neue Satz 3 regelt, dass auch im Falle der späteren Anpassung des Behandlungsumfangs durch den G-BA ein Appendix beschlossen werden kann, wobei dieser auch ausschließlich einzelne Leistungen abbilden kann. Der Behandlungsumfang selbst bleibt durch das Außerkrafttreten der Appendizes unberührt (Satz 4).</p> <p>Textliche Verweise auf den Appendix in diesem Absatz wurden redaktionell angepasst.</p>	
---	--

135 Zu Absatz 4:

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>Mit der Neuregelung treten die Appendizes gemäß dem neuen § 5b der ASV-RL nach Beschluss des Ergänzten Bewertungsausschusses über die Bestimmung der abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen außer Kraft.</p> <p>Vor diesem Hintergrund wird der bisherige Verweis auf den Appendix in § 5 Absatz 4 Satz 6 obsolet. Ohne den Verweis hat der Satz keinen eigenen Regelungsinhalt mehr und wird daher gestrichen. Im bisherigen Satz 7, nunmehr Satz 6, wird aufgrund des Außerkrafttretens der Appendizes und der Streichung vom bisherigen Satz 6 geregelt, dass die maßgeblichen (technischen) Voraussetzungen für Leistungen gem. Absatz 4 ebenso gelten wie in der vertragsärztlichen Versorgung bzw. wie vorhandene krankenhausspezifische Regelungen für Krankenhäuser.</p>	<p><b>DKG</b></p> <p>Die Liste der abrechnungsfähigen Leistungen können von den Appendizes des G-BA abweichen und ebenfalls GOP mit Leistungen enthalten, die über Kommunikationsmedien/Telekommunikationswegen erbracht werden. Im Sinne der Transparenz wird der entsprechende Hinweis an dieser Stelle ergänzt.</p>

136

137 Aufnahme eines §5b Außerkräftreten der Appendizes**GKV-SV, KBV**

Mit dem vorliegenden Beschluss passt der G-BA die bisherige Vorgehensweise an, die nähere Definition des Behandlungsumfangs dauerhaft durch GOPen des EBM vorzunehmen.

Beim Beschluss neuer Anlagen zur ASV-RL sowie bei Änderungen am Behandlungsumfang bereits in Kraft getretener Anlagen erfolgt auch zukünftig eine Erstdefinition des Behandlungsumfangs über Appendizes durch den G-BA.

**GKV-SV**

Auf Basis der so festgelegten Gebührenordnungspositionen inklusive der Fachgruppenzuordnung bestimmt der ergBA die „Listen für abrechnungsfähige Leistungen in der ASV“

**KBV**

Die Übernahme dieser GOPen inklusive der Fachgruppenzuordnung in die „Listen für abrechnungsfähige Leistungen in der ASV“ ist für den ergBA richtungsweisend, da die Appendizes gem. § 5 Absatz 1 Satz 2 und 3 ASV-RL bis zum Außerkräftreten als nähere Definition des Behandlungsumfangs definiert sind.

Der neue § 5b der ASV-RL sieht vor, die Appendizes („Nummer 5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)“ in allen Anlagen der Richtlinie mit Ausnahme von Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren (dort Nummer 6)) jeweils

**DKG**

Die Konkretisierung des Behandlungsumfangs durch den G-BA erfolgt sowohl über eher allgemeine medizinische Ausführungen unter Nummer 2 (z. B. bildgebende Verfahren, Laboruntersuchungen) als auch durch die fachgruppenspezifische Zuordnung konkreter Leistungen mittels Gebührenordnungspositionen (GOP) in den Appendizes (z. B. Ultraschall, Elektrolyte) zu jeder Anlage. Dieses Vorgehen folgt dem Umstand, dass die allgemeinen Ausführungen unter Nummer 2 bisher als nicht ausreichend betrachtet wurden, um nachgelagerte Aufgaben wie die Bestimmung der abrechnungsfähigen Leistungen (GOP) im ergBA oder die Umsetzung des § 116b Absatz 6 Satz 13 SGB V zu ermöglichen. Zudem stellt der EBM eine strukturierte Abbildung ambulanter medizinischer Leistungen dar, die die Konkretisierung des Behandlungsumfangs im G-BA erleichtert.

Das derzeitige Vorgehen zur Aktualisierung der Appendizes ermöglicht eine eindeutige Aufgabenzuteilung in die jeweiligen Zuständigkeitsbereiche des G-BA und des ergBA und stellt ein grundsätzlich gut funktionierendes und routiniertes sowie rechtskonformes Verfahren dar. Wenngleich es in der Vergangenheit vereinzelt zu einer verzögerten Übernahme von EBM-Anpassungen in die ASV kam, stellt dies aus Sicht der Krankenhäuser kein wesentliches Problem in der Versorgung dar. Lediglich eine tiefgreifende Umstellung im EBM zur Strahlentherapie hatte zu intensiveren Diskussionen geführt. Diese erfolgten jedoch auch angesichts der Tatsache, dass von der EBM-Umstellung relevante medizinische Aspekte berührt wurden. Vor diesem Hintergrund, und der Tatsache, dass es sich bei der Mehrheit der Leistungserbringer in

<p><b>GKV-SV</b> nach „Beschluss des Ergänzten Bewertungsausschusses über die Bestimmung der abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen“ außer Kraft zu setzen (bedingtes Außerkrafttreten).</p>	<p><b>KBV</b> am darauffolgenden Tag außer Kraft zu setzen, an dem der Gemeinsame Bundesausschuss bekannt gegeben hat, dass ein entsprechender „Beschluss des Ergänzten Bewertungsausschusses über die Bestimmung der abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen“ in Kraft getreten ist „(bedingtes Außerkrafttreten)“. Die Bekanntgabe durch den Gemeinsamen Bundesausschuss erfolgt unverzüglich, nachdem die Beanstandungsfrist des § 87 Abs. 6 Satz 2 SGB V abgelaufen ist und soweit es nicht zu einer Beanstandung mit Relevanz für den Inhalt der Appendizes gekommen ist, auf deren Grundlage der Ergänzten Bewertungsausschuss seinen</p>	<p>der ASV um Krankenhäuser handelt, erscheinen Probleme aus der verzögerten Übernahme von EBM-Änderungen in der ASV aus Sicht der Krankenhäuser eher nachrangig. An der ASV beteiligte Vertragsärzte können Änderungen des EBM jederzeit auch außerhalb der ASV abrechnen und insofern den EBM-Änderungen zeitnah folgen.</p> <p>Würden die Appendizes künftig automatisch außer Kraft treten entfielen die rechtsverbindliche Grundlage und Orientierung für den ergBA zur Pflege und Weiterentwicklung der Liste der in der ASV abrechnungsfähigen Leistungen. Dieses Vorgehen soll offensichtlich darauf abzielen, die bisher im G-BA erfolgende nähere Definition des Behandlungsumfangs durch GOPen des EBM zu verlassen. Da für die Festlegung der abrechnungsfähigen Leistungen die GOPen des EBM auch zukünftig zwingend benötigt werden, würde letztlich die Verantwortung des G-BA für die Konkretisierung des Behandlungsumfangs dem ergBA übertragen. Als rechtsverbindliche Grundlage dienen dem ergBA für die Auswahl abrechenbarer ASV-Leistungen bei einem Außerkrafttreten der Appendizes dann nur noch die eher allgemeinen medizinischen Ausführungen nach Nummer 2 der ASV-Anlagen, die bisher für diesen Zweck nie ausreichend waren. Steht beispielsweise in einer Anlage unter Nummer 2, dass Laborleistungen vom Behandlungsumfang umfasst sind, könnte sich der ergBA künftig mangels eines verfügbaren, rechtsverbindlichen Appendix veranlasst sehen für jede Anlage die einzelnen Laborleistungen/GOPen konkret festzulegen, da er sich mit diesen Entscheidungen bei einem Außerkrafttreten der Appendizes theoretisch noch innerhalb des <u>allgemeinen</u> Behandlungsumfangs (Laborleistungen) bewegen würde. In gleicher Weise könnte durch den Wegfall der Appendizes die Position vertreten werden, dass alle Laborleistungen nunmehr für alle Anlagen gelten, weil keine</p>
--	--	---

	<p>Beschluss gefasst hat. Durch diese Regelungstechnik wird aus Gründen der Rechtssicherheit vermieden, dass der Beschluss des Ergänzten Bewertungsausschusses in Kraft tritt, die entsprechenden Appendizes außer Kraft treten und das Bundesministerium den Beschluss später – ggf. teilweise – beanstandet, was zu einem Wirksamkeitshindernis führt.</p> <p>Sollte es zu einer für die Appendizes relevanten Beanstandung kommen, haben der Ergänzten Bewertungsausschuss und – je nach Gegenstand und Umfang der Beanstandung – der Gemeinsame Bundesausschuss die Gelegenheit, darauf zu reagieren, um den Einwänden des Ministeriums abzuwehren, damit die Appendizes außer Kraft treten können.</p>	<p>diesbezüglich einschränkenden und rechtsverbindlichen Appendix-Konkretisierungen des G-BA mehr existieren. Alleine dieser weitreichende Auslegungsspielraum und die damit einhergehenden möglichen Differenzen, die für andere Leistungen im Übrigen ähnlich gelten, zeigen das enorme Konfliktpotential für die Gremien des ergBA und des G-BA, dass durch das Außerkraftsetzen der Appendizes neu entstehen würde. Es würde zudem der gesetzlichen Aufgabentrennung von G-BA und ergBA zuwiderlaufen. Blieben die Appendizes hingegen in Kraft, könnte sich der ergBA bei der Pflege und Weiterentwicklung der Liste der abrechnungsfähigen Leistungen in der ASV im Weiteren nach den G-BA-Vorgaben zum Behandlungsumfang richten. Dies ist auch insofern sachgerecht, als dass die medizinischen Beratungen zur Festlegung der ASV Diagnosen und Leistungen ohnehin im G-BA erfolgen.</p> <p>Gleichzeitig würden durch eine Verlagerung der Beschlussfassung in den ergBA die Stellungnahme-, Beteiligungs- und Aufsichtsrechte im G-BA umgangen bzw. die Möglichkeiten der Einflussnahme der betroffenen Organisationen erschwert. Des Weiteren würde aufgrund der fehlenden verbindlichen Zuordnung von GOP ab dem Außerkrafttreten der Appendizes nicht mehr abschließend ersichtlich, welche Anforderungen und Voraussetzungen entsprechend den Regelungen des § 2 Absatz 2 Satz 1 der ASV-RL gegenüber den eLA im Rahmen des Anzeigeverfahrens angezeigt werden müssen. Dies beträfe auch die anlagenspezifische Anzeige von leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen nach § 4a der ASV-RL. Die Auslegung der ehemals in der ASV-RL enthaltenen entsprechenden Geltung der Vereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V wurde in der Vergangenheit sehr unterschiedlich durch die einzelnen eLA gehandhabt, sodass der G-BA nach langjährigen Beratungen am 15.06.2023</p>
--	---	--

<p>Nach dem jeweiligem Außerkrafttreten wird der Behandlungsumfang daher abschließend über § 5 der ASV-RL und die jeweilige Nummer 2 der Anlage definiert. Über die Abrechnungsfähigkeit und Abrechnungsvoraussetzungen von GOPen des EBM entscheidet der ergänzte Bewertungsausschuss unter Beachtung des vom G-BA definierten Behandlungsumfangs.</p> <p>Der jeweilige Tag des Außerkrafttretens wird durch den G-BA im Bundesanzeiger bekannt gegeben.</p>	<p>Regelungen hierfür beschlossen hat. Ohne klaren Bezug welche der leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen im Rahmen der Anzeige angezeigt werden müssen, ist zu befürchten, dass sich erneut sehr unterschiedliche Vorgehensweisen in den einzelnen eLA etablieren und ein erneuter Bürokratieschub entsteht. Der Verweis in den Tragenden Gründen auf die außer Kraft getretenen Appendizes oder die Liste der abrechnungsfähigen Leistungen ist ungeeignet dem entgegenzuwirken, da beide Dokumente für die eLA nicht rechtlich bindend sind.</p> <p>In der Gesamtschau könnte mit dem Außerkrafttreten der Appendizes zwar der Aufwand für deren Aktualisierung im G-BA reduziert werden, jedoch ist aufgrund der hierdurch entstehenden immensen Auslegungsspielräume und damit einhergehenden Unsicherheiten zu befürchten, dass sich der Aufwand sowohl innerhalb der Selbstverwaltung, d.h. in den Gremien des G-BA und des ergBA sowie bei den ASV-erbringenden Leistungserbringern deutlich erhöht. Mit der Beibehaltung der Appendizes und Modifikationen des Aktualisierungsverfahrens können unter Wahrung der Stellungnahme-, Beteiligungs- und Aufsichtsrechte relevante Änderungen des EBM unterjährig in der ASV umgesetzt werden. Ein Verfahren welches auf dem Außerkrafttreten der Appendizes und den damit einhergehenden Unsicherheiten und Einschränkungen der Stellungnahme-, Beteiligungs- und Aufsichtsrechten beruht, wird jedoch abgelehnt.</p>
---	---

138

139 Anpassung am Anhang zu § 4a Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen zum

140 Langzeit-EKG und zur Koloskopie

<p><b>GKV-SV</b></p> <p>Mit der Neuregelung treten die Appendizes gemäß dem dann geltenden § 5b der ASV-RL nach Beschluss des</p>	<p><b>KBV</b></p> <p>Mit der Neuregelung treten die Appendizes gemäß dem dann geltenden § 5b der ASV-RL am folgenden Tag</p>	<p><b>DKG</b></p> <p>Welche leistungsspezifischen Qualitätsanforderung nachzuweisen sind, ergibt</p>
---	--	--

<p>Ergänzten Bewertungsausschusses über die Bestimmung der abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen außer Kraft. Vor diesem Hintergrund wird der bisherige Verweis auf den Appendix in den Qualitätsanforderungen zum Langzeit-EKG und zur Koloskopie gestrichen. Zur Vereinfachung der Prüfung durch die eLA verbleibt ein Hinweis, welche GOPen des EBM mit den jeweiligen Leistungsbereichen des Behandlungsumfangs verbunden sind. Die Aufzählung trifft keine Aussage über eine indikationsspezifische Relevanz der GOPen.</p>	<p>außer Kraft, nachdem der Gemeinsame Bundesausschuss bekanntgegeben hat, dass ein Beschluss des Ergänzten Bewertungsausschusses über die Bestimmung der abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen in Kraft getreten ist. Vor diesem Hintergrund wird der bisherige Verweis auf den Appendix in den Qualitätsanforderungen zum Langzeit-EKG und zur Koloskopie gestrichen. Die Erfüllung dieser festgelegten, leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen des Anhangs zu § 4a bzw. gemäß den für die jeweilige indikationsspezifische ASV-Anlage relevanten Regelungen nach §135 Absatz 2 SGB V bleibt Voraussetzung für die Teilnahme an der ASV. Der G-BA bestimmt daher eine konkrete Zuordnung in einem Anhang der leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen, die für die jeweilige indikationsspezifische ASV-Anlage gelten.</p>	<p>sich aus der Zuordnung der genannten GOP in den Primär- oder Erweiterungsappendizes.</p>
<p>Eine Änderung der Prüfpraxis durch die eLA wird durch diese Anpassung nicht intendiert.</p>		

141

142

143

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>DKG</b></p> <p><b>2.2 Anpassungen, die alle erkrankungsspezifischen Regelungen betreffen</b></p> <p>Unter Nummer 5 <i>Appendix</i> jeder Anlage bzw. unter Nummer 6 in der Anlage zu gynäkologischen Tumoren wird die Präambel der Appendizes angepasst und das neue Verfahren zur Erstellung der Appendizes in Form eines Primärappendix sowie der Weiterentwicklung in Form von Ergänzungsappendizes dargelegt. Der anlagenspezifische Behandlungsumfang ergibt sich in der Folge aus den Ausführungen unter Nummer 2 Behandlungsumfang sowie den Spezifizierungen im Primärappendix und möglichen Erweiterungsappendizes.</p>	<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>

144 **2.3 Anpassungen von Leistungen, die mehrere erkrankungsspezifischen Regelungen**  
 145 **betreffen**

146 Änderungen der Überschrift zu Abschnitt-2-Leistungen:

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>Mit der Neuregelung des bedingten Außerkräfttretens der Appendizes des G-BA besteht keine unmittelbare Verbindung des Behandlungsumfangs mit GOPen des EBM mehr. Insofern wird die bisher in der Mehrzahl der erkrankungsspezifischen Regelungen unter Nummer 2 „Behandlungsumfang“ verwendete Formulierung „Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind:“ ersetzt. Durch die neue Formulierung „Weitere spezifische Leistungen:“, die nun auch als Zwischenüberschrift aufgeführt wird, wird die bisherige Unterscheidung zwischen Leistungen aus Abschnitt 1 der Appendizes und Leistungen aus Abschnitt 2 der Appendizes weiterhin adressatenfreundlich möglich bleiben, ohne auf den EBM zu rekurrieren.</p>	<p><b>DKG</b></p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>

147 **3. Bürokratiekostenermittlung**

148 Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten  
 149 Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerFO und  
 150 dementsprechend keine Bürokratiekosten.

151 oder

152 Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für  
 153 Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel Verfo. Hieraus resultieren jährliche  
 154 Bürokratiekosten in Höhe von xx Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von xx Euro.  
 155 Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage I**.

#### 156 4. Verfahrensablauf

157 Am T. Monat JJJJ begann die Arbeitsgruppe AG ASV-RL-Appendix mit der Beratung zur  
 158 Erstellung des Beschlussentwurfes. In XX Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet  
 159 und im Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung beraten (s.  
 160 untenstehende Tabelle).

161

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
T. Monat JJJJ	AG ASV-RL-Appendix	
T. Monat JJJJ		
T. Monat JJJJ		
T. Monat JJJJ		
T. Monat JJJJ	Plenum	Beschlussfassung

162 *(Tabelle Verfahrensablauf)*

#### 163 Stellungnahmeverfahren

164 Gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a SGB V wurde der Bundesbeauftragten für den  
 165 Datenschutz und die Informationsfreiheit sowie den stellungnahmeberechtigten  
 166 Organisationen (vgl. **Anlage 2**) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des  
 167 Gemeinsamen Bundesausschusses über die *Umstrukturierung des Verfahrens der Jährlichen*  
 168 *Anpassung der Appendizes an den aktuellen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)* der ASV-  
 169 RL Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt  
 170 sind.

171 Mit Beschluss des Unterausschusses ASV vom T. Monat JJJJ wurde das  
 172 Stellungnahmeverfahren am T. Monat JJJJ eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten  
 173 Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 3**. Die Frist für die Einreichung  
 174 der Stellungnahme endete am T. Monat JJJJ.

175 Die Bundesärztekammer (BÄK), die Bundeszahnärztekammer (BZÄK), die  
 176 Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und die Bundesbeauftragte für den Datenschutz  
 177 und die Informationsfreiheit legten ihre Stellungnahmen fristgerecht zum T. Monat JJJJ vor  
 178 (**Anlage 4**). Die eingereichten Stellungnahmen befinden sich in **Anlage 4**. Sie sind mit ihrem  
 179 Eingangsdatum in **Anlage 4** dokumentiert.

180 Die Auswertung der Stellungnahme wurde in einer Arbeitsgruppensitzung am T. Monat JJJJ  
 181 vorbereitet und durch den Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung in  
 182 seiner Sitzung am T. Monat JJJJ durchgeführt (**Anlage 5**).

183 Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit / die  
184 stellungnahmeberechtigte/n Organisation/en wurde mit Schreiben vom T. Monat JJJJ zur  
185 Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens fristgerecht eingeladen (vgl. **Anlage 3**).

## 186 **5. Fazit**

187 Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ beschlossen, die  
188 ASV-RL zu ändern.

189 Die Patientenvertretung trägt den Beschluss nicht/mit.

## 190 **6. Literaturverzeichnis**

## 191 **7. Zusammenfassende Dokumentation**

192 *[Zur bzw. nach Beschlussfassung werden voraussichtlich folgende Anlagen angefügt:*

193 Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung

194 Anlage 2: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen

195 Anlage 3: An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandter  
196 Beschlusssentwurf zur jährlichen Anpassung der Appendizes an den  
197 aktualisierten EBM sowie versandte Tragenden Gründe

198 Anlage 4: Stellungnahmen/Rückmeldungen

199 Anlage 5: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahme inklusive anonymisiertes  
200 Wortprotokoll der Anhörung

201 Berlin, den **T. Monat JJJJ**

202

203 Gemeisamer Bundesausschuss  
204 gemäß § 91 SGB V  
205 Der Vorsitzende

206

207 Prof. Hecken



# Übersichtsdokument

## zur Umstrukturierung des Verfahrens der Jährlichen Anpassung der Appendizes an den aktuellen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)

**Stand: 08.07.2024**

Servicedokument mit sichtbar eingearbeiteten Änderungen im Vergleich zur derzeit geltenden Fassung der ASV-RL mit Auszügen aus der ASV-RL im Rahmen des Beschlussentwurfs zur Umstrukturierung des Verfahrens der Jährlichen Anpassung der Appendizes an den aktuellen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM):

- §4a Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen

- §5 Behandlungsumfang

- jeweils Nummer 2 *Behandlungsumfang* sämtlicher Anlagen der ASV-RL

- jeweils Nummer 5 *Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)* sämtlicher Anlagen der ASV-RL (bei Anlage gynT Nummer 6 *Appendix*)

15

**Legende:**

~~Durchgestrichen~~: Streichungen im Vergleich zum geltenden Richtlinien text

**Blaue Schrift**: Ergänzungen im Vergleich zum geltenden Richtlinien text

19

**Hinweis:**

**Hauptantrag DKG:**

Die DKG lehnt die umfangreiche Umstellung der Aktualisierung der Appendizes und deren Außerkraftsetzen ab.

24

**Hilfsantrag DKG:**

Hilfsweise stellt die DKG für den Fall, der mehrheitlich getroffenen Entscheidung das Verfahren zur Aktualisierung der Appendizes umfassend umzustellen und die Appendizes infolgedessen außer Kraft zu setzen, den nachfolgend aufgeführten DKG-Antrag (Hilfsantrag).

29

30	<b>Inhalt</b>	
31	§ 4a	Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen ..... 4
32	§ 5	Behandlungsumfang..... 5
33	§ 5a	Aufnahme von Leistungen aufgrund der COVID-19-Pandemie ..... 9
34		Anhang zu § 4a Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen ..... 10
35	<b>Anlage 1.1 Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen</b>	<b>13</b>
36	a)	onkologische Erkrankungen ..... 14
37	Tumorgruppe 1:	gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle ..... 14
38	Tumorgruppe 2:	gynäkologische Tumoren ..... 20
39	Tumorgruppe 3:	urologische Tumoren ..... 25
40	Tumorgruppe 4:	Hauttumoren ..... 30
41	Tumorgruppe 5:	Tumoren der Lunge und des Thorax ..... 35
42	Tumorgruppe 6:	Kopf- oder Halstumoren..... 40
43	Tumorgruppe 7:	Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven..... 45
44	Tumorgruppe 8:	Knochen- und Weichteiltumoren..... 50
45	Tumorgruppe 9:	Tumoren des Auges..... 55
46	b)	rheumatologische Erkrankungen ..... 60
47	Teil 1:	Erwachsene ..... 60
48	Teil 2:	Kinder und Jugendliche ..... 64
49	c)	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen ..... 66
50	<b>Anlage 1.2 Schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen</b>	
51	<b>69</b>	
52	a)	Multiple Sklerose..... 71
53	b)	zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)..... 74
54	<b>Anlage 2 Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen</b>	
55	<b>Fallzahlen 76</b>	
56	a)	Tuberkulose und atypische Mykobakteriose ..... 78
57	b)	Mukoviszidose ..... 81
58	c)	Hämophilie ..... 84
59	d)	neuromuskuläre Erkrankungen..... 87
60	e)	schwerwiegende immunologische Erkrankungen ..... 91
61	Erkrankungsgruppe 1	Sarkoidose..... 91
62	f)	biliäre Zirrhose [unbesetzt] ..... 95
63	g)	primär sklerosierende Cholangitis [unbesetzt] ..... 96
64	h)	Morbus Wilson ..... 97
65	k)	Marfan-Syndrom ..... 100
66	l)	pulmonale Hypertonie ..... 103

67 o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen..... 106  
68

69 [...]

70 **§ 4a Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen**

71 (1) In der ASV gelten für ASV-Berechtigte gemäß § 2 Absatz 1 Satz 1 leistungsspezifische  
 72 Qualitätsanforderungen für die Leistungserbringung. Die leistungsspezifischen  
 73 Qualitätsanforderungen sind im Anhang zu § 4a leistungsbezogen auf Grundlage der für die  
 74 ASV relevanten QS-Vereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V festgelegt und können  
 75 personelle, sächliche und organisatorische Anforderungen umfassen. Übergeordnete  
 76 allgemeine Tatbestände zur Erfüllung der leistungsspezifischen Anforderungen sind in den  
 77 Absätzen 3 und 4 geregelt. Sollte für eine Leistung eine leistungsspezifische  
 78 Qualitätsanforderung noch nicht festgelegt sein, gelten die für diese Leistung relevanten QS-  
 79 Anforderungen aus den Vereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V solange weiterhin  
 80 entsprechend, bis sie ebenfalls in den Anhang zu § 4a aufgenommen wurde. Leistungen mit  
 81 spezifischen Qualitätsanforderungen sind nur von Ärztinnen und Ärzten auszuführen, die über  
 82 die jeweilige Qualifikation verfügen. § 3 Absatz 4 Satz 4 bleibt unberührt.

83 (2) Die Erfüllung der

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<b>GKV-SV, KBV</b> gemäß Appendix	<b>DKG</b> gemäß Appendix Primärappendix oder Erweiterungsappendix

84 jeweils betroffenen leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen

<b>KBV</b> des Anhangs zu § 4a bzw. gemäß den für die jeweilige indikationsspezifische ASV-Anlage relevanten Regelungen nach §135 Absatz 2 SGB V	<b>GKV-SV, DKG</b> [keine Aufnahme]
---	--

85 ist als Teilnahmevoraussetzung im Rahmen des Anzeigeverfahrens nach § 2 Absatz 2 Satz 1  
 86 anzuzeigen.

<b>GKV-SV</b> Die jeweils betroffenen leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen sind auf Grundlage des jeweiligen Behandlungsumfangs zu bestimmen.  <u>oder alternativ:</u>  Die jeweils betroffenen leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen sind auf Grundlage des jeweiligen Behandlungsumfangs und der Appendizes nach § 5 Absatz 1 Satz 1 bis 3 zu bestimmen.	<b>DKG, KBV</b> [keine Aufnahme]
--	-------------------------------------

87 Die Teilnahmevoraussetzung gilt im Hinblick auf diese Leistung für das ASV-Team als erfüllt,  
 88 wenn sie für mindestens eine Ärztin oder einen Arzt des ASV-Teams angezeigt wurde. Bei  
 89 institutioneller Benennung gemäß § 2 Absatz 2 Satz 5 kann die Erfüllung der Anforderungen  
 90 institutionell angezeigt werden.

<p><b>KBV</b></p> <p>Die Zuordnung der Anforderungen für die jeweilige indikationsspezifische ASV-Anlage für die Teilnahmevoraussetzungen in der ASV ist in einer Anlage zum Anhang zu § 4a Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen definiert.</p>	<p><b>GKV-SV, DKG</b></p> <p>[keine Aufnahme]</p>
--	---

91 [...]

92 § 5 Behandlungsumfang

93 (1)

<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p><del>Der Behandlungsumfang der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus den Anlagen. Leistungen, die im Rahmen der ASV von ASV-Berechtigten erbracht werden können, werden im Appendix der jeweiligen Konkretisierung dieser Richtlinie abschließend definiert. Die Behandlung in der ASV umfasst Leistungen, die für eine indikationsspezifische medizinische Versorgung der Patientin oder des Patienten notwendig sind; der Behandlungsumfang wird in den erkrankungs- oder leistungsbezogenen Anlagen der Richtlinie unter Nummer 2 im Behandlungsumfang bestimmt.</del></p> <p>Die Leistungen gemäß Satz 1, die im Rahmen der ASV von ASV-Berechtigten erbracht werden können, werden in den erkrankungs- oder leistungsbezogenen Anlagen der Richtlinie in einem Appendix bis zu dessen Außerkrafttreten nach § 5b abschließend konkretisiert. Das gilt ebenfalls bei späteren Anpassungen des Behandlungsumfangs, wobei sich der Appendix der anzupassenden Anlage auch ausschließlich auf einzelne Leistungen beschränken kann. Die Bestimmung des Behandlungsumfanges nach Satz 1 bleibt vom Außerkrafttreten des Appendix unberührt.</p>	<p><b>DKG</b></p> <p>Der Behandlungsumfang der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus den <b>jeweiligen</b> Anlagen. Leistungen, die im Rahmen der ASV von ASV-Berechtigten erbracht werden können, werden <del>im Appendix der jeweiligen Konkretisierung dieser Richtlinie abschließend definiert.</del> <b>in der Anlage jeweils unter der Ziffer 2 (<i>Behandlungsumfang</i>) im Grundsatz beschrieben und in Ziffer 5 (<i>Appendix</i>) im Appendix konkretisiert und abschließend festgelegt. Letzteres schließt eine fachgruppenspezifische Zuordnung der Leistungen mit ein.</b></p> <p>Mit der erstmaligen Veröffentlichung einer Anlage wird der Behandlungsumfang nach Ziffer 2 vollständig in einem Primärappendix nach Ziffer 5 abgebildet. Für diesen Zweck werden den Leistungen nach Ziffer 2 fachgebietspezifisch Gebührenordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstab bzw. deren medizinischen Leistungsbeschreibung zugeordnet.</p> <p>Ergibt sich unter anderem im Rahmen der jährlichen Pflege und Weiterentwicklung der Anlagen gemäß 3. Kapitel § 2 Absatz 5 Satz 1 der Verfahrensordnung des G-BA der Bedarf den Behandlungsumfang einer Anlage anzupassen, erfolgt neben möglichen Änderungen unter der Ziffer 2 eine Konkretisierung gemäß Ziffer 5 in einem ergänzenden Appendix (Erweiterungsappendix). Primärappendix und Erweiterungsappendizes des G-BA</p>
---	--

	<p>werden in einem Dokument vom G-BA zusammengefasst und vorgehalten. Dieses gibt den jeweils aktuellen Stand der Festlegungen des G-BA zum Behandlungsumfang einer Anlage (Leistungen, die im Rahmen der ASV zu dieser Anlage erbracht werden dürfen) wieder. Eine regelhafte Aktualisierung aller Appendizes an den aktuellen Stand des EBM findet ab dem TT. Monat JJJJ jedoch nicht mehr statt.</p> <p>Zwischen erstmaliger Veröffentlichung eines Primärappendix und Folgeveröffentlichungen von Erweiterungsappendizes können sich hinsichtlich der aufgeführten Gebührenordnungspositionen in den jeweiligen Appendizes einer Anlage (Primär- und Erweiterungsappendix) und den Gebührenordnungspositionen in der Liste der in der ASV abrechenbaren Leistungen gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 SGB V des ergänzten Bewertungsausschuss (ergBA) Unterschiede ergeben. Diesbezüglich voneinander abweichende GOPen müssen gleichwohl von dem vom G-BA definierten Behandlungsumfang umfasst sein. Die Erstellung und Änderungen des Appendix (Primärappendix und Erweiterungsappendizes) fallen in die Zuständigkeit des G-BA. Für Änderungen in der Liste der in der ASV abrechenbaren Leistungen gemäß §116b Abs. 6 Satz 8 SGB V ist der ergBA zuständig.</p> <p>Bestehen im ergBA Zweifel daran, ob eine neue, gestrichene oder geänderte Leistung (GOP) im EBM Auswirkungen auf den Behandlungsumfang einer Anlage hat, und demnach die Berücksichtigung der Leistung in der Liste abrechenbarer ASV-Leistungen zumindest unterschiedlich beurteilt wird, nimmt der G-BA entsprechende Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses oder eines Mitglieds des ergänzten Bewertungsausschusses entgegen. Der G-BA prüft den Sachverhalt und führt eine Klärung herbei.</p>
--	---

94 Durch die ASV-Berechtigten ist sicherzustellen, dass die im konkreten Einzelfall jeweils  
 95 erforderlichen ASV-Leistungen für die Versorgung der Patientinnen und Patienten innerhalb  
 96 ihres ASV-Teams zur Verfügung stehen. Im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen  
 97 Versorgung dürfen § 116b SGB V-Einrichtungen der Krankenhäuser

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<b>GKV-SV, KBV</b> <del>über die im Appendix aufgeführten</del> <del>Gebührenordnungspositionen</del> <b>abweichend</b> <b>von den Sätzen 1 und 2 auch über die in den</b> <b>Anlagen aufgeführten Leistungen</b>	<b>DKG</b> <del>über die im Appendix</del> <b>in den jeweiligen</b> <b>Appendizes</b> <del>aufgeführten</del> <b>Gebührenordnungspositionen</b>

98 hinaus fachärztliche Leistungen erbringen, sofern diese in unmittelbarem Zusammenhang zur  
 99 § 116b SGB V-Erkrankung stehen, diese in demselben Krankenhaus erbracht werden und den  
 100 Patientinnen und Patienten eine gesonderte Überweisung in die vertragsärztliche Versorgung  
 101 nicht zuzumuten ist. Die Behandlung soll sich an medizinisch wissenschaftlich anerkannten  
 102 und qualitativ hochwertigen Leitlinien orientieren, die auf der jeweils besten verfügbaren  
 103 Evidenz basieren.

104 (2) Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können Gegenstand des  
 105 Leistungsumfangs in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sein, soweit der  
 106 Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c SGB V für die  
 107 Krankenhausbehandlung keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Für die ASV geeignete  
 108 Leistungen, die nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung sind, werden in den  
 109 Anlagen aufgeführt.

110 (3) Zum Behandlungsumfang in der ASV gehört auf Verlangen des Versicherten auch die  
 111 Aktualisierung und, sofern die Patientin oder der Patient keinen an der hausärztlichen  
 112 Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt für die Koordination seiner diagnostischen und  
 113 therapeutischen Maßnahmen beansprucht, die Erstellung von Medikationsplänen nach § 31a  
 114 SGB V in Papierform. Jeder ASV-Berechtigte ist verpflichtet, bei der Verordnung eines  
 115 Arzneimittels die Patientin oder den Patienten über den Anspruch auf Erstellung und  
 116 Aktualisierung eines Medikationsplans nach § 31a SGB V in der vertragsärztlichen Versorgung  
 117 und in der ASV zu informieren. Für die Voraussetzungen des Anspruchs der Patientin oder des  
 118 Patienten auf Erstellung, Aktualisierung, Erläuterung und Aushändigung des  
 119 Medikationsplans, für Inhalt und Form des Medikationsplans sowie etwaige  
 120 Informationspflichten der ASV-Berechtigten gegenüber der Hausärztin oder dem Hausarzt der  
 121 Patientin oder des Patienten gelten in der ASV die Vorgaben des § 29a des  
 122 Bundesmantelvertrags-Ärzte in der am 1. Januar 2019 geltenden Fassung entsprechend.

123 Sofern bei einem ASV-Berechtigten die technischen Voraussetzungen für die Erstellung oder  
 124 Aktualisierung eines Medikationsplans noch nicht vorliegen, hat der ASV-Berechtigte,  
 125 abweichend von Satz 1 und Satz 2 die Patientin oder den Patienten über die Notwendigkeit  
 126 der Erstellung oder Aktualisierung des Medikationsplans zu informieren. Die Information über  
 127 die Notwendigkeit der Erstellung oder Aktualisierung des Medikationsplans soll auch an einen  
 128 die Patientin oder den Patienten behandelnden Vertragsarzt (sofern vorhanden, den an der  
 129 hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt), der die technischen  
 130 Voraussetzungen erfüllt, erfolgen, vorausgesetzt die Patientin oder der Patient willigt in diese

131 Informationsweitergabe ein und benennt dem ASV-Berechtigten den entsprechenden  
132 Vertragsarzt.

133 (4) In der ASV können die Beratung und Behandlung über  
134 Kommunikationsmedien/Telekommunikationswege durchgeführt sowie digitale (z. B. von der  
135 elektronischen Gesundheitskarte unterstützte) Anwendungen der Telematikinfrastruktur  
136 genutzt werden, sofern der ASV-Berechtigte die jeweils relevanten (technischen)  
137 Voraussetzungen erfüllt und dies aus ärztlicher oder psychotherapeutischer Sicht unter  
138 Beachtung der berufsrechtlichen Vorgaben vertretbar ist. Dazu gehört auch die Durchführung  
139 der Videosprechstunde, die als synchrone Kommunikation zwischen einer in der ASV tätigen  
140 Ärztin oder einem in der ASV tätigen Arzt und einer Patientin oder einem Patienten definiert  
141 ist. Sie kann über die der Patientin oder dem Patienten zur Verfügung stehende Ausstattung,  
142 gegebenenfalls unter Assistenz, z. B. durch eine Bezugsperson, im Sinne einer Online-  
143 Videosprechstunde in Echtzeit, von in der ASV tätigen Ärztinnen und Ärzten angeboten  
144 werden. Als Videosprechstunde im Rahmen dieser Richtlinie gilt auch die Kommunikation  
145 nach Absatz 4 Satz 2 und 3, die zwischen einer in der ASV tätigen Ärztin oder einem in der ASV  
146 tätigen Arzt und einer pflegebedürftigen Patientin oder einem pflegebedürftigen Patienten  
147 unter Beteiligung einer Pflegekraft oder mehreren Pflegekräften, die an der Versorgung der  
148 Patientin oder des Patienten beteiligt sind (z. B. in einer Pflegeeinrichtung oder in der  
149 Häuslichkeit der Patientin oder des Patienten), durchgeführt wird. Ebenfalls können ärztliche  
150 Fallkonferenzen und Fallbesprechungen zur Kommunikation zwischen in der ASV tätigen  
151 Ärztinnen und Ärzten als Videofallkonferenzen im Rahmen dieser Richtlinie durchgeführt  
152 werden.

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p><del>Die Leistungen der Beratung und Behandlung von Patientinnen oder Patienten sowie ärztliche Fallkonferenzen, die auch über Kommunikationsmedien/Telekommunikationswege durchgeführt werden können, sind im Appendix einer Anlage zur ASV-Richtlinie aufgeführt. Die maßgeblichen (technischen) Voraussetzungen, ergeben sich aus der Textierung der jeweiligen Leistung, die zur Durchführung der Leistungen nach Satz 1 bis 5 notwendig sind, gelten auch in der ASV,</del></p>	<p><b>DKG</b></p> <p>Die Leistungen der Beratung und Behandlung von Patientinnen oder Patienten sowie ärztliche Fallkonferenzen, die auch über Kommunikationsmedien/Telekommunikationswege durchgeführt werden können, sind im Appendix einer Anlage zur ASV-Richtlinie <b>bzw. in der aktuellen Liste der abrechnungsfähigen ASV-Leistungen des ergänzten Bewertungsausschuss</b> aufgeführt. Die (technischen) Voraussetzungen ergeben sich aus der Textierung der jeweiligen Leistung,</p>

153 sofern vorhanden gelten für Krankenhäuser die maßgeblichen krankenhausspezifischen  
154 Regelungen. Sofern eine Patientin oder ein Patient Anspruch auf Leistungen im  
155 Zusammenhang mit digitalen Anwendungen der Telematikinfrastruktur hat, gelten zudem die  
156 Sätze 4 und 5 des Absatzes 3 entsprechend. Die ausschließliche Behandlung und Betreuung  
157 einer ASV-Patientin oder eines ASV-Patienten per Videosprechstunde durch ein ASV-Team ist  
158 ebenso nicht zulässig wie die ausschließliche Teilnahme eines ASV-Teammitglieds an der ASV  
159 mittels Videosprechstunden.

160 (5) Zum Behandlungsumfang in der ASV gehört auch die Verordnung von  
161 erkrankungsbezogenen digitalen Gesundheitsanwendungen.

162 **§ 5a Aufnahme von Leistungen aufgrund der COVID-19-Pandemie**

163 Gegenstand des Behandlungsumfangs der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sind  
164 für ASV-Berechtigte der Arztgruppen

165 Neurochirurgie

166 Neurologie

167 ärztliche Psychotherapeutin oder ärztlicher Psychotherapeut

168 Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut

169 Psychiatrie und Psychotherapie

170 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

171 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

172 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und  
173 Jugendlichenpsychotherapeut

174 bis zum 31. März 2022 auch Leistungen der Gebührenordnungsposition 01433 (Zuschlag  
175 telefonische Beratung durch einen Arzt gemäß Nr. 1 der Präambel 14.1, 16.1, 21.1, 22.1 und  
176 23.1) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) in der mit Wirkung vom 1. Januar 2022  
177 geltenden Fassung des EBM. Gegenstand des Behandlungsumfangs der ambulanten  
178 spezialfachärztlichen Versorgung sind für ASV-Berechtigte der nicht in Satz 1 festgelegten  
179 Arztgruppen bis zum 31. März 2022 auch Leistungen der Gebührenordnungsposition 01434  
180 (Zuschlag telefonische Beratung durch einen Arzt) des EBM in der mit Wirkung vom 1. Januar  
181 2022 geltenden Fassung.

182

<p><b>GKV-SV</b></p> <p><b>§ 5b Außerkräfttreten der Appendizes</b></p> <p>Die Appendizes nach § 5 Absatz 1 Sätze 2 und 3 zu der jeweiligen Anlage treten jeweils am Tag nach Ablauf der Prüfung nach § 87 Absatz 6 Satz 2 SGB V zu dem Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses zur Bestimmung der abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen außer Kraft. Der Gemeinsame Bundesausschuss gibt den jeweiligen Tag des Außerkräfttretens im Bundesanzeiger bekannt.</p> <p><u>oder alternativ:</u></p> <p>Die Appendizes nach § 5 Absatz 1 Sätze 2 und 3 treten jeweils an dem Tag außer Kraft, an dem der Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses zur Bestimmung der abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen zu der jeweiligen Anlage in Kraft tritt. Der Gemeinsame Bundesausschuss gibt den jeweiligen Tag des Außerkräfttretens im Bundesanzeiger bekannt.</p>	<p><b>KBV</b></p> <p><b>§ 5b Außerkräfttreten der Appendizes</b></p> <p>Die jeweiligen Appendizes nach § 5 Absatz 1 Sätze 2 und 3 treten am darauffolgenden Tag außer Kraft, nachdem der ergänzte Bewertungsausschuss (ergBA) die abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen zu der jeweiligen Anlage beschlossen hat und der Gemeinsame Bundesausschuss dies im Bundesanzeiger bekannt gegeben hat. Die Bekanntgabe des Beschlusses des ergBA durch den Gemeinsamen Bundesausschuss erfolgt unverzüglich, nachdem die Nichtbeanstandungsfrist abgelaufen ist und das Bundesministerium für Gesundheit den Beschluss des ergBA nicht beanstandet hat.</p>	<p><b>DKG</b></p> <p>[keine Aufnahme]</p>
--	---	---

183

184 **Anhang zu § 4a Leistungsspezifische Qualitätsanforderungen**

185 **Anwendungsbereich**

186 Die Regelungen in diesem Anhang dienen der Festlegung leistungsspezifischer  
 187 Qualitätsanforderungen in der ASV für die Anzeige gemäß § 4a Absatz 3 Buchstabe a.

188 **1. Langzeit-EKG**

<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>Diese leistungsspezifische Qualitätsanforderung bezieht sich gemäß QS-Vereinbarung nach § 135 Absatz 2 SGB V auf die <del>in den jeweiligen Appendizes enthaltenen</del> für die jeweilige Anlage relevanten</p>	<p><b>DKG</b></p> <p>Diese leistungsspezifische Qualitätsanforderung bezieht sich gemäß QS-Vereinbarung nach § 135 Absatz 2 SGB V auf die in den jeweiligen Appendizes enthaltenen langzeitelektrokardiographischen</p>
---	---

langzeitelektrokardiographischen Leistungen (im Einheitlichen Bewertungsmaßstab zählen hierzu die folgenden GOP: 03241, 03322, 04241, 04322, 13252, 13253, 27322, 27323).	Leistungen (GOP 03241, 03322, 04241, 04322, 13252, 13253, 27322, 27323).
---	--

189 [...]

190

191 **3. Koloskopie**

<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>Diese leistungsspezifische Qualitätsanforderung bezieht sich gemäß QS-Vereinbarung nach § 135 Absatz 2 SGB V auf die <del>in den jeweiligen Appendizes enthaltenen</del> für die jeweilige Anlage relevanten koloskopischen Leistungen (im Einheitlichen Bewertungsmaßstab zählen hierzu die folgenden GOP: 04514, 04518, 04520, 13421, 13422, 13423 und 13424).</p>	<p><b>DKG</b></p> <p>Diese leistungsspezifische Qualitätsanforderung bezieht sich gemäß QS-Vereinbarung nach § 135 Absatz 2 SGB V auf die in den jeweiligen Appendizes enthaltenen koloskopischen Leistungen (GOP 04514, 04518, 04520, 13421, 13422, 13423 und 13424).</p>
---	--

192 [...]

193

<p><b>KBV</b></p> <p><b>Anlage zum Anhang zu § 4a</b></p> <p>Die Zuordnung der Anforderungen für die jeweilige indikationsspezifische ASV-Anlage für die Teilnahmevoraussetzungen in der ASV ist in einer Anlage zum Anhang zu § 4a leistungsspezifische Qualitätsanforderungen definiert. Für noch nicht übertragene QS-Anforderungen sind die entsprechend geltenden, relevanten Vereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V ergänzend in dieser Anlage aufgeführt.</p>	<p><b>GKV-SV, DKG</b></p> <p>[keine Aufnahme]</p>
--	---

194

195



196 **Anlage 1.1** **Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen**

197 **a) onkologische Erkrankungen**198 **Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle**199 **[...]**200 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

201 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

202 **Diagnostik**

- 203 - Anamnese
- 204 - Bildgebende Verfahren (z. B. Ultraschall einschließlich endosonographischer Verfahren,
- 205 Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen)
- 206 - Diagnostik der Kontinenzleistung
- 207 - Diagnostik der Tumorgefäßversorgung
- 208 - Diagnostik von Helicobacter pylori
- 209 - Endoskopie des Gastrointestinaltraktes und des Respirationstraktes einschließlich
- 210 interventioneller Verfahren (z. B. endoskopische Bougierung, Stentimplantationen, ERCP,
- 211 Laryngoskopie, Bronchoskopie)
- 212 - Histologische und zytologische Untersuchungen von Geweben und Sekreten
- 213 - Humangenetische Untersuchungen
- 214 - Körperliche Untersuchung
- 215 - Laboruntersuchungen (einschließlich zytogenetische Untersuchungen, mikroskopische
- 216 Untersuchung von Sekreten und/oder Geweben, Bestimmung von Tumorfaktoren,
- 217 Kontrolle von Medikamentenserspiegeln)
- 218 - Punktionen, Biopsien
- 219 - Spezielle Herzfunktionsdiagnostik (z. B. transösophageale und transthorakale
- 220 Echokardiographie, Belastungs-EKG)
- 221 - Tumorstaging

222 **Behandlung**

- 223 - Allgemeiner Umgang mit Portsystemen
- 224 - Anlage Blasenkatheter
- 225 - Anlage von Kathetern (wie z. B. ZVK)
- 226 - Ausstellen z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 227 - Behandlung in Notfallsituationen
- 228 - Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und
- 229 -kontrolle
- 230 - Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten
- 231 Behandlungsfolgen
- 232 - Beratung und Anleitung zum Umgang mit Anus praeter
- 233 - Einleitung der Rehabilitation
- 234 - Kleinchirurgische Eingriffe

- 235 - Kurznarkosen im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen
- 236 Eingriffen
- 237 - Lasertherapeutische Verfahren (Ösophagus-CA)
- 238 - Medikamentöse Tumorthapien inklusive Infusionstherapie
- 239 - Mukosektomie
- 240 - OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- 241 - Perkutane Gastrostomie
- 242 - Physikalische Therapie
- 243 - Schmerztherapie
- 244 - Sexualberatung und Familienplanung
- 245 - Strahlentherapie
- 246 - Therapeutische Punktionen und Drainagen
- 247 - Therapie der Stuhlinkontinenz
- 248 - Transfusionen
- 249 - Tumorkonferenzen
- 250 - Wundversorgung

251 **Beratung**

- 252 - zu Diagnostik und Behandlung
- 253 - zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 254 - zu humangenetischen Fragestellungen
- 255 - zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 256 - zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (z. B.
- 257 bei Krebsberatungsstellen)
- 258 - zu Rehabilitationsangeboten
- 259 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- 260 - zur Ernährung
- 261

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>Weitere spezifische Leistungen: <del>Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind:</del></p>	<p><b>DKG</b></p> <p>Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind:</p>

- 262 - PET;PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose
- 263 - Bei Patientinnen und Patienten mit gastrointestinalen Tumoren, Tumoren der
- 264 Bauchhöhle, gastrointestinalen neuroendokrinen Tumoren oder gastrointestinalen
- 265 Stromatumoren
- 266 - zur Planung einer potenziell kurativen Lokaltherapie (Strahlentherapie oder
- 267 Operation) sofern die konventionelle Diagnostik (u.a. CT und/oder MRT) von
- 268 Abdomen und/oder Thorax abgeschlossen ist und Fernmetastasen nicht
- 269 nachgewiesen wurden.

- 270 - wenn in der postoperativen Verlaufskontrolle in der konventionellen Diagnostik  
271 (CT, MRT) nicht zwischen Narbengewebe und Lokalrezidiv unterschieden werden  
272 kann und für den Fall eines Lokalrezidivs eine Lokaltherapie empfohlen wird.  
273 - Bei Patientinnen und Patienten mit resektablen Leber- oder Lungenmetastasen eines  
274 kolorektalen Karzinoms mit dem Ziel der Vermeidung einer unnötigen Operation
- 275 - PET;PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose, radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden  
276 oder Jod-124 bei Patientinnen und Patienten mit Schilddrüsenkarzinom und
- 277 - erhöhtem Tumormarker Thyreoglobulin bzw. Calcitonin und/oder  
278 - negativer oder unklarer konventioneller Bildgebung, inklusive Radiojod-Szintigrafie,  
279 zur Detektion von radiojodrefraktären Läsionen (residueller Tumor, Lokalrezidiv,  
280 Lymphknotenmetastasen und Fernmetastasen) und postoperativ verbliebenem  
281 Schilddrüsengewebe mit dem Ziel therapeutische Konsequenzen einzuleiten.
- 282 - PET; PET/CT (mit radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden) bei Patientinnen und  
283 Patienten mit gastrointestinalen neuroendokrinen Tumoren oder Tumoren der  
284 Bauchhöhle
- 285 - zur Ausbreitungsdiagnostik  
286 - zur Rezidivdiagnostik bei begründetem Verdacht auf ein Rezidiv beziehungsweise eine  
287 Progression der Erkrankung  
288 - zur Erhebung des Rezeptorstatus vor nuklearmedizinischer Therapie  
289 - zur einmaligen Kontrolle des Therapieerfolges drei bis sechs Monate nach PRRT  
290 (Peptid-Radio-Rezeptor-Therapie)
- 291 - Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung eines Patienten mit  
292 gastrointestinalem Tumor und/oder einem Tumor der Bauchhöhle unter  
293 tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-  
294 Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- 295 - Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse  
296 Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-  
297 Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- 298 - Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der  
299 Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder  
300 Strahlentherapie eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die  
301 Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu  
302 Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche  
303 Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z. B. Hospize, SAPV)
- 304 - Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der  
305 Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder  
306 Strahlentherapie eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung, insbesondere für die  
307 Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere  
308 Versorgungsformen (z. B. Hospize, SAPV)
- 309 - Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumorthherapie (entsprechend der  
310 Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- 311

Folgedissens zu § 5 Absatz 1	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>Die in Nummer 3.1 Buchstabe b „Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag Ärzte [BMV-Ä]) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.</p> <p>Ebenso können die in Nummer 3.1 Buchstabe b „Kernteam“ aufgeführten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen eine Zulassung und Genehmigung für die Erbringung von gastroenterologischen Leistungen seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, die Leistungen erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.</p>	<p><b>DKG</b></p> <p><i>[hier keine Aufnahme]</i></p>

312 Im Zusammenhang mit § 137e SGB V definierte besondere Qualitätsanforderungen sind zu  
313 beachten.

314 [...]

Folgedissens zu § 5 Absatz 1	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p><b>5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</b></p> <p><b>Präambel</b></p> <p>Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023,</p>	<p><b>DKG</b></p> <p><b>5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</b></p> <p><b>Präambel</b></p> <p>Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023,</p>

<p>ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6.</p> <p>Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).</p> <p>Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.</p> <p><del>Die in Nummer 3.1 Buchstabe b „Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag Ärzte [BMV-Ä]) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.</del></p> <p><del>Ebenso können die in Nummer 3.1 Buchstabe b „Kernteam“ aufgeführten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen eine Zulassung und Genehmigung für die Erbringung von gastroenterologischen Leistungen seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.</del></p> <p>Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.</p>	<p>ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6 .</p> <p>Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix <a href="#">(Primärappendix und Erweiterungsappendizes)</a> aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).</p> <p>Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest <a href="#">(Liste abrechnungsfähiger Leistungen)</a>.</p> <p>Die in Nummer 3.1 Buchstabe b „Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag Ärzte [BMV-Ä]) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.</p> <p>Ebenso können die in Nummer 3.1 Buchstabe b „Kernteam“ aufgeführten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen eine Zulassung und Genehmigung für die Erbringung von gastroenterologischen Leistungen seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.</p> <p><del>Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.</del></p>
---	---

<p><b><u>Appendix „gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle“*</u></b></p>	<p>Bei Aktualisierungen des EBM innerhalb des jeweiligen Behandlungsumfangs der einzelnen Anlagen und bei Aktualisierungen des Behandlungsumfangs innerhalb einer Anlage richtet sich das weitere Vorgehen nach § 5 Absatz 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V. Bestehen Zweifel im ergBA daran, ob eine neue, gestrichene oder geänderte Leistung im EBM dem Behandlungsumfang einer Anlage zuzurechnen ist, nimmt der G-BA entsprechende Hinweise aus dem ergänzten Bewertungsausschuss entgegen und führt eine Klärung herbei.</p> <p><b><u>Appendix „gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle“†</u></b></p>
---	---

315

316

---

\* Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

† Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

317 **Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren**318 **[...]**319 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

320 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

321 **Diagnostik**

- 322 - Allgemeine (z. B. EKG) und spezielle (z. B. transösophageale und transthorakale
- 323 Echokardiographie, Belastungs-EKG) Herzfunktionsdiagnostik
- 324 - Anamnese
- 325 - Bildgebende Verfahren (z. B. Ultraschall einschließlich endosonographischer Verfahren,
- 326 Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen)
- 327 - Curettage (diagnostisch und therapeutisch)
- 328 - Diagnostik der Kontinenzleistung
- 329 - Diagnostik der Tumorgefäßversorgung
- 330 - Endoskopie des Urogenitaltraktes, Gastrointestinaltraktes und des Respirationstraktes
- 331 einschließlich interventioneller Verfahren (z. B. endoskopische Bougierung,
- 332 Stentimplantationen)
- 333 - Genexpressionsanalyse
- 334 - Histologische und zytologische Untersuchungen von Geweben und Sekreten
- 335 - Humangenetische Untersuchungen
- 336 - Körperliche Untersuchung (z. B. palpatorische Untersuchung der Mammae, digital-rektale
- 337 Untersuchung, vaginale Untersuchung)
- 338 - Laboruntersuchungen (einschließlich Hormonbestimmungen, zytogenetische
- 339 Untersuchungen, mikroskopische Untersuchung von Sekreten und/oder Geweben,
- 340 Bestimmung von Tumorfaktoren, Kontrolle von Medikamentenspiegel)
- 341 - Punktionen, Biopsie
- 342 - Tumorstaging

343 **Behandlung**

- 344 - Allgemeiner Umgang mit Portsystemen
- 345 - Anlage Blasenkatheter
- 346 - Anlage von Kathetern (wie z. B. ZVK)
- 347 - Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen
- 348 Eingriffen
- 349 - Ausstellen z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 350 - Behandlung in Notfallsituationen
- 351 - Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten
- 352 Behandlungsfolgen
- 353 - Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -kontrolle
- 354 - Beratung und Anleitung zum Umgang mit Anus praeter
- 355 - Einleitung einer Rehabilitation
- 356 - Kleinchirurgische Eingriffe (inklusive lasertherapeutischer Verfahren)
- 357 - Medikamentöse Tumorthapien inklusive Infusionstherapie
- 358 - OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- 359 - Perkutane Gastrostomie

- 360 - Physikalische Therapie
- 361 - Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 362 - Schmerztherapie
- 363 - Strahlentherapie
- 364 - Therapeutische Punktionen und Drainagen
- 365 - Therapie der Harn- und Stuhlinkontinenz
- 366 - Transfusionen
- 367 - Wundversorgung

368 **Beratung**

- 369 - zu Diagnostik und Behandlung
- 370 - zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 371 - zu humangenetischen Fragestellungen
- 372 - zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 373 - zu psychosozialen und psychoonkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (z. B. bei Krebsberatungsstellen)
- 375 - zu Rehabilitationsangeboten
- 376 - zu Sexualität und Familienplanung
- 377 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- 378 - zur Ernährung

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>Weitere spezifische Leistungen: <del>Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind:</del></p>	<p><b>DKG</b></p> <p>Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind:</p>

- 379 - MRT-Untersuchung der Mamma bei Empfehlung durch eine interdisziplinäre Tumorkonferenz
- 380
- 381 - bei hoher Dichte des Drüsenkörpers und/oder bei eingeschränkter Beurteilbarkeit der
- 382 Befunde in Mammographie und Ultraschall, wenn eine Biopsie (z.B. wegen
- 383 ausgeprägter Vernarbungen, multipler Befunde oder extremer Lokalisation)
- 384 problematisch ist
- 385 - bei invasiv lobulärem Karzinom
- 386 um die Invasivität und Ausdehnung einer erforderlichen Operation zu planen
- 387 - Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin bzw. eines
- 388 Patienten mit gynäkologischen Tumoren unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend
- 389 der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- 390 - Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse
- 391 Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-
- 392 Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- 393 - Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der
- 394 Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder
- 395 Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung,
- 396 insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen
- 397 Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des

- 398 Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z. B.  
 399 Hospize, SAPV)
- 400 - Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der  
 401 Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder  
 402 Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung,  
 403 insbesondere für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder  
 404 weitere Versorgungsformen (z. B. Hospize, SAPV)
- 405 - PET; PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose
- 406 Bei Patientinnen mit Ovarialkarzinom im Rezidiv oder Verdacht auf Progression zur  
 407 Detektion von Lymphknotenmetastasen beziehungsweise einer Peritonealkarzinose,  
 408 wenn die mit Sonographie, CT und MRT (bei Verdacht auf Fernmetastasierung auch  
 409 Knochenszintigraphie) erhältlichen Informationen zur Morphologie keine Entscheidung  
 410 zwischen konkreten Therapieoptionen erlauben und eine patientenrelevante Konsequenz  
 411 für nachfolgende therapeutische Entscheidungen, Patientenprognose und/oder  
 412 Lebensqualität erwartet werden kann.
- 413 - Spezifische Untersuchung mit Genexpressionsanalyse (Analysen der Genexpression/PCR-  
 414 basiert oder mittels Mikroarrays) im Rahmen der Primärdiagnostik als Entscheidungshilfe  
 415 im Einzelfall, wenn nach Bewertung der etablierten diagnostischen Prognoseparameter in  
 416 der Frage der adjuvanten Chemotherapie Unsicherheit besteht und bei der Patientin bzw.  
 417 dem Patienten mit invasivem Mammakarzinom (ICD-Kode: C50) alle der folgenden  
 418 Kriterien erfüllt sind:  
 419

- ER positiv und
- Her2 negativ und
- Alter > 35 Jahre und
- N+ (1-3 befallene Lymphknoten) mit einem der nachfolgenden Kriterien:
  - G1 oder G2 oder
  - Ki-67 > 10 % ≤ 30 %
 aber nicht gleichzeitig eines der nachfolgenden Kriterien:
  - G3 oder Ki-67 > 30 %.

- 420 - Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der  
 421 Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))

Folgedissens zu § 5 Absatz 1	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>Die in Nummer „3.1 Buchstabe b Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Fachärztinnen und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.</p>	<p><b>DKG</b></p> <p>[hier keine Aufnahme]</p>

422 Im Zusammenhang mit § 137e SGB V definierte besondere Qualitätsanforderungen sind zu  
 423 beachten.

424 [...]

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p><b>6 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</b></p> <p><b>Präambel</b></p> <p>Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6.</p> <p>Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).</p> <p>Abschnitt 3 enthält Sonderregelungen zu den GOP entsprechend Nummer 5.</p> <p>Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.</p> <p><del>Die in Nummer „3.1 Buchstabe b Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Fachärztinnen und Fachärzte für Frauenheilkunde und</del></p>	<p><b>DKG</b></p> <p><b>6 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</b></p> <p><b>Präambel</b></p> <p>Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6 .</p> <p>Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix (<a href="#">Primärappendix</a> und <a href="#">Erweiterungsappendizes</a>) aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).</p> <p>Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest (<a href="#">Liste abrechnungsfähiger Leistungen</a>).</p> <p>Die in Nummer „3.1 Buchstabe b Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Fachärztinnen und Fachärzte für Frauenheilkunde und</p>

<p><del>Geburtshilfe, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.</del></p> <p>Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.</p> <p><b><u>Appendix „gynäkologische Tumoren“*</u></b></p>	<p>Geburtshilfe, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.</p> <p><del>Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.</del></p> <p>Bei Aktualisierungen des EBM innerhalb des jeweiligen Behandlungsumfangs der einzelnen Anlagen und bei Aktualisierungen des Behandlungsumfangs innerhalb einer Anlage richtet sich das weitere Vorgehen nach § 5 Absatz 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V. Bestehen Zweifel im ergBA daran, ob eine neue, gestrichene oder geänderte Leistung im EBM dem Behandlungsumfang einer Anlage zuzurechnen ist, nimmt der G-BA entsprechende Hinweise aus dem ergänzten Bewertungsausschuss entgegen und führt eine Klärung herbei.</p> <p><b><u>Appendix „gynäkologische Tumoren“*</u></b></p>
--	--

426

427

---

\*Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

428 **Tumorgruppe 3: urologische Tumoren**429 **[...]**430 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

431 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

432 **Diagnostik**

- 433 - Allgemeine (z. B. EKG) und spezielle (z. B. transösophageale und transthorakale
- 434 Echokardiographie, Belastungs-EKG) Herzfunktionsdiagnostik
- 435 - Anamnese
- 436 - Bildgebende Verfahren (z. B. Ultraschall, Doppler Nierenvenen, intravenöse Urographie
- 437 einschließlich endosonographischer Verfahren, Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische
- 438 Untersuchungen)
- 439 - Diagnostik der Kontinenzleistung
- 440 - Diagnostik der Tumorgefäßversorgung
- 441 - Endoskopie des Urogenitaltraktes, Gastrointestinaltraktes und des Respirationstraktes
- 442 einschließlich interventioneller Verfahren (z. B. endoskopische Bougierung,
- 443 Stentimplantationen, Zystoskopie, Rektoskopie, Proktoskopie)
- 444 - Histologische und zytologische Untersuchungen von Geweben und Sekreten
- 445 - Humangenetische Untersuchungen
- 446 - Körperliche Untersuchung (z. B. palpatorische Untersuchung, digital-rektale und vaginale
- 447 Untersuchung)
- 448 - Laboruntersuchungen (einschließlich Hormonbestimmungen, zytogenetische
- 449 Untersuchungen, mikroskopische Untersuchung von Sekreten und/oder Geweben,
- 450 Bestimmung von Tumorfaktoren, Kontrolle von Medikamentenspiegel)
- 451 - Punktionen, Biopsie (TUR-Blase)
- 452 - Tumorstaging
- 453 - Urodynamik

454 **Behandlung**

- 455 - Allgemeiner Umgang mit Portsystemen
- 456 - Anlage Blasenkatheter
- 457 - Anlage von Kathetern (wie z. B. ZVK)
- 458 - Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen
- 459 Eingriffen
- 460 - Ausstellen z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 461 - Behandlung in Notfallsituationen
- 462 - Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten
- 463 Behandlungsfolgen
- 464 - Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -kontrolle
- 465 - Beratung und Anleitung zum Umgang mit Urostoma
- 466 - Einleitung einer Rehabilitation
- 467 - Kleinchirurgische Eingriffe (inklusive lasertherapeutischer Verfahren)
- 468 - Medikamentöse Tumorthapien inklusive Infusionstherapie
- 469 - OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- 470 - Perkutane Gastrostomie

- 471 - Physikalische Therapie
- 472 - Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 473 - Schmerztherapie
- 474 - Strahlentherapie
- 475 - Therapeutische Punktionen und Drainagen
- 476 - Therapie der Harn- und Stuhlinkontinenz
- 477 - Transfusionen
- 478 - Wundversorgung
- 479 - Zusätzliche Therapieverfahren: Hormon-, Immunotherapie (BCG auch als
- 480 Instillationstherapie bei Blasenkarzinom), Lasertherapie, soweit im EBM abgebildet

481 **Beratung**

- 482 - zu Diagnostik und Behandlung
- 483 - zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 484 - Inkontinenzberatung
- 485 - zu humangenetischen Fragestellungen
- 486 - zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 487 - zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (z. B.
- 488 bei Krebsberatungsstellen)
- 489 - zu Rehabilitationsangeboten
- 490 - zu Sexualität und Familienplanung
- 491 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- 492 - zur Ernährung

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p><del>Weitere spezifische Leistungen: Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind:</del></p>	<p><b>DKG</b></p> <p>Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind:</p>

- 493 - Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin bzw. eines
- 494 Patienten mit urologischen Tumoren unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der
- 495 Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- 496 - Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse
- 497 Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-
- 498 Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- 499 - Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der
- 500 Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder
- 501 Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung,
- 502 insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen
- 503 Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des
- 504 Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z. B.
- 505 Hospize, SAPV)
- 506 - Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der
- 507 Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder
- 508 Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung,

- 509 insbesondere für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder  
 510 weitere Versorgungsformen (z. B. Hospize, SAPV)
- 511 - Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der
  - 512 Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung [Anlage 7 BMV-Ärzte])
  - 513 - <sup>68</sup>Ga- oder <sup>18</sup>F-PSMA-PET; PET/CT bei Patientinnen und Patienten mit urologischen
  - 514 Tumoren
    - 515 - mit fehlendem Abfall des PSA-Wertes unter 0,2 ng/ml innerhalb von 3 Monaten nach
    - 516 radikaler Prostatektomie eines lokalisierten Prostatakarzinoms (durch 2 Messungen
    - 517 bestätigt)
    - 518 - mit PSA-Rezidiv nach radikaler Prostatektomie (durch zwei Messungen bestätigter
    - 519 PSA-Wert > 0,2 ng/ml) oder nach alleiniger Bestrahlung (durch zwei Messungen
    - 520 bestätigter PSA-Anstieg von > 2 ng/ml über den postinterventionellen Nadir) eines
    - 521 lokalisierten Prostatakarzinoms
- 522 Liegt der PSA-Wert > 10 ng/ml sind zuvor zur Tumorlokalisierung die konventionellen  
 523 Untersuchungsverfahren einschließlich Becken-MRT und Skelettszintigraphie  
 524 auszuschöpfen.
- 525 - beim High-Risk Prostatakarzinom (Gleason-Score 8-10 oder T-Kategorie cT3/cT4 oder
  - 526 PSA ≥ 20 ng/ml) zur Ausbreitungsdiagnostik vor kurativ intendierter Therapie bei
  - 527 Empfehlung durch eine interdisziplinäre Tumorkonferenz
- 528 - PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose und PSMA-Liganden) bei Patienten mit
  - 529 kastrationsresistentem Prostatakarzinom mit progredienter Erkrankung zur
  - 530 Indikationsstellung einer Therapie mit Lu-177-PSMA
- 531 - PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Seminomen nach Chemotherapie bei
  - 532 Residuen von > 3cm
- 533

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>Die in Nummer „3.1 b) Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.</p>	<p><b>DKG</b></p> <p><i>[hier keine Aufnahme]</i></p>

- 534 Im Zusammenhang mit § 137e SGB V definierte besondere Qualitätsanforderungen sind zu  
 535 beachten.
- 536 **[...]**
- 537

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p><b>5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</b></p> <p><b>Präambel</b></p> <p>Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6.</p> <p>Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).</p> <p>Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.</p> <p><del>Die in Nummer „3.1 b) Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung</del></p>	<p><b>DKG</b></p> <p><b>5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</b></p> <p><b>Präambel</b></p> <p>Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6 .</p> <p>Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix <a href="#">(Primärappendix und Erweiterungsappendizes)</a> aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).</p> <p>Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest <a href="#">(Liste abrechnungsfähiger Leistungen)</a>.</p> <p>Die in Nummer „3.1 b) Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie und Fachärztinnen und Fachärzte</p>

<p><del>für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.</del></p> <p>Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.</p> <p><b><u>Appendix „urologische Tumoren“*</u></b></p>	<p>für Innere Medizin, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.</p> <p><del>Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.</del></p> <p>Bei Aktualisierungen des EBM innerhalb des jeweiligen Behandlungsumfangs der einzelnen Anlagen und bei Aktualisierungen des Behandlungsumfangs innerhalb einer Anlage richtet sich das weitere Vorgehen nach § 5 Absatz 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V. Bestehen Zweifel im ergBA daran, ob eine neue, gestrichene oder geänderte Leistung im EBM dem Behandlungsumfang einer Anlage zuzurechnen ist, nimmt der G-BA entsprechende Hinweise aus dem ergänzten Bewertungsausschuss entgegen und führt eine Klärung herbei.</p> <p><b><u>Appendix „urologische Tumoren“*</u></b></p>
--	---

539  
540

---

\*Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

541 **Tumorgruppe 4: Hauttumoren**

542 *[...]*

543 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

544 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

545 **Diagnostik**

- 546 - Anamnese inklusive Berufsanamnese
- 547 - Bildgebende Verfahren (z. B. Sonographie, Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische
- 548 Untersuchungen)
- 549 - Dermatoskopie
- 550 - Endoskopie des Gastrointestinaltraktes und des Respirationstraktes
- 551 - Histologische, zytologische und immunhistopathologische Untersuchungen
- 552 - körperliche Untersuchung
- 553 - Laboruntersuchungen
- 554 - Punktionen, Biopsien (Probeexzision oder offene Biopsie)
- 555 - Tumorstaging

556 **Behandlung**

- 557 - Allgemeiner Umgang mit Portsystemen
- 558 - Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen
- 559 Eingriffen
- 560 - Ausstellen z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 561 - Behandlung in Notfallsituationen
- 562 - Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten
- 563 Behandlungsfolgen
- 564 - Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -kontrolle
- 565 - Einleitung einer Rehabilitation
- 566 - Kleinchirurgische Eingriffe (inklusive lasertherapeutischer Verfahren)
- 567 - Medikamentöse Tumorthapien
- 568 - OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge inklusive Planung von plastischen
- 569 Rekonstruktionen
- 570 - Physikalische Therapie
- 571 - Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 572 - Photochemotherapie (PUVA)
- 573 - Schmerztherapie
- 574 - Strahlentherapie
- 575 - Therapeutische Punktionen und Drainagen
- 576 - Transfusionen
- 577 - Wundversorgung

578 **Beratung**

- 579 - zu Diagnostik und Behandlung
- 580 - zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 581 - zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen

- 582 - zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (z. B.
- 583 bei Krebsberatungsstellen)
- 584 - zu Rehabilitationsangeboten
- 585 - zur Selbstinspektion
- 586 - zu Sexualität und Familienplanung
- 587 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>Weitere spezifische Leistungen: <del>Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind:</del></p>	<p><b>DKG</b></p> <p>Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind:</p>

- 588 - PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei malignem Melanom, Merkel-Zell-
- 589 Karzinom und Plattenepithelkarzinom der Haut zur Beurteilung der Operabilität, auch vor
- 590 Einleitung einer systemischen medikamentösen Therapie
- 591 - wenn der „Sentinel Node“ Tumorbefall zeigt und eine erweiterte Lymphadenektomie
- 592 geplant ist, und/oder
- 593 - wenn im CT/MRT oder bei klinischer Untersuchung vergrößerte,
- 594 metastasenverdächtige Lymphknoten nachgewiesen wurden und/oder
- 595 - zum Ausschluss weiterer Metastasen, wenn sonst alle im CT/MRT erkennbaren
- 596 Fernmetastasen RO-resektabel erscheinen
- 597 - PET; PET/CT bei Merkel-Zell-Karzinom (mit Ga-68-markierten Somatostatin-
- 598 Rezeptorliganden) vor geplanter nuklearmedizinischer Therapie mit radioaktiven
- 599 Somatostatin-Rezeptor-Liganden zur Erfassung des Somatostatin-Rezeptor-Status und
- 600 Beurteilung der nuklearmedizinischen Therapiemöglichkeit
- 601 - PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Patientinnen/Patienten mit Xeroderma
- 602 pigmentosum und einem unter 1 „Konkretisierung der Erkrankung“ genannten Hauttumor
- 603 zur Detektion von weiteren Hauttumoren
- 604 - PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei primär kutanen Lymphomen bei unklarem
- 605 Befund nach konventioneller Diagnostik (u.a. Sonographie, CT, MRT) zum Ausschluss eines
- 606 systemischen Lymphoms mit Hautbefall
- 607 - Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin bzw. eines
- 608 Patienten mit Hauttumoren unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der
- 609 Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung [Anlage 7 BMV-Ärzte])
- 610 - Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse
- 611 Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-
- 612 Vereinbarung [Anlage 7 BMV-Ärzte])
- 613 - Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der
- 614 Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder
- 615 Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung,
- 616 insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen
- 617 Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des
- 618 Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z. B.
- 619 Hospize, SAPV)

- 620 - Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der  
 621 Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder  
 622 Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung,  
 623 insbesondere für die Überleitung der Patientin/des Patienten in die vertragsärztliche  
 624 Versorgung oder weitere Versorgungsformen (z. B. Hospize, SAPV)  
 625 - Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der  
 626 Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))

Folgedissens zu § 5 Absatz 1	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>Die unter „3.1 Buchstabe b Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.</p>	<p><b>DKG</b></p> <p>[hier keine Aufnahme]</p>

627 Im Zusammenhang mit § 137e SGB V definierte besondere Qualitätsanforderungen sind zu  
 628 beachten.

629 [...]

Folgedissens zu § 5 Absatz 1	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p><b>5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</b></p> <p><b>Präambel</b></p> <p>Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des</p>	<p><b>DKG</b></p> <p><b>5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</b></p> <p><b>Präambel</b></p> <p>Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des</p>

<p>Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6.</p> <p>Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).</p> <p>Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.</p> <p><del>Die unter „3.1 Buchstabe b Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.</del></p> <p>Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.</p> <p><b><u>Appendix „Hauttumoren“*</u></b></p>	<p>Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6 .</p> <p>Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix <b>(Primärappendix und Erweiterungsappendizes)</b> aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).</p> <p>Auf der Grundlage des <del>definierten</del> Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest <b>(Liste abrechnungsfähiger Leistungen)</b>.</p> <p>Die unter „3.1 Buchstabe b Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.</p> <p><del>Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.</del></p> <p><b>Bei Aktualisierungen des EBM innerhalb des jeweiligen Behandlungsumfangs der einzelnen Anlagen und bei Aktualisierungen des Behandlungsumfangs innerhalb einer Anlage richtet sich das weitere Vorgehen nach § 5 Absatz 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die</b></p>
--	---

\*Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

	<p>ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V. Bestehen Zweifel im ergBA daran, ob eine neue, gestrichene oder geänderte Leistung im EBM dem Behandlungsumfang einer Anlage zuzurechnen ist, nimmt der G-BA entsprechende Hinweise aus dem ergänzten Bewertungsausschuss entgegen und führt eine Klärung herbei.</p> <p><b><u>Appendix „Hauttumoren“*</u></b></p>
--	--

630

631

632

---

\*Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

633 **Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax**634 **[...]**635 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

636 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

637 **Diagnostik**

- 638 - Allgemeine (zum Beispiel EKG) und spezielle (zum Beispiel transösophageale und
- 639 transthorakale Echokardiographie, Belastungs-EKG) Herzfunktionsdiagnostik
- 640 - Anamnese inklusive Berufsanamnese
- 641 - bildgebende Verfahren (zum Beispiel Ultraschall einschließlich endosonographischer
- 642 Verfahren, Röntgen, CT, MRT inklusive kardiale Bildgebung bei Herztumoren,
- 643 nuklearmedizinische Untersuchungen wie zum Beispiel PET; PET/CT bei
- 644 Lungenkarzinom/Lungenrundherden)
- 645 - Diagnostik paraneoplastischer Syndrome (PNS)
- 646 - Endoskopie des Respirationstraktes und des Gastrointestinaltraktes (einschließlich
- 647 Punktionen und interventioneller Verfahren)
- 648 - Histologische, zytologische und tumorgenetische Untersuchungen
- 649 - körperliche Untersuchung
- 650 - Laboruntersuchungen
- 651 - Lungenfunktionsprüfung
- 652 - Punktionen, Biopsien (zum Beispiel der Pleura oder der Lunge)
- 653 - Tumorstaging

654 **Behandlung**

- 655 - Allgemeiner Umgang mit Portsystemen
- 656 - Anlage von Kathetern (wie zum Beispiel ZVK)
- 657 - Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen
- 658 Eingriffen
- 659 - Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 660 - Behandlung in Notfallsituationen
- 661 - Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten
- 662 Behandlungsfolgen
- 663 - Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -kontrolle
- 664 - Einleitung einer Rehabilitation
- 665 - Kleinchirurgische Eingriffe
- 666 - Medikamentöse Tumorthapien inklusive Infusionstherapie
- 667 - OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- 668 - Physikalische Therapie
- 669 - Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 670 - Schmerztherapie
- 671 - Strahlentherapie
- 672 - Therapeutische Punktionen und Drainagen
- 673 - Transfusionen
- 674 - Wundversorgung

675 **Beratung**

- 676 - zu Diagnostik und Behandlung
- 677 - zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 678 - zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 679 - zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (z.B. bei Krebsberatungsstellen)
- 681 - zu Rehabilitationsangeboten
- 682 - zu Sexualität und Familienplanung
- 683 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- 684 - zur Ernährung
- 685 - zur Tabakentwöhnung

*Folgedissens zu § 5 Absatz 1***GKV-SV, KBV**

**Weitere spezifische Leistungen:** ~~Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind:~~

**DKG**

Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind:

- 686 - PET; PET/CT (mit radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden) bei neuroendokrinen
- 687 Tumoren oder auch mit F-18-Fluorodesoxyglukose bei bösartigen Neubildungen der
- 688 thorakalen Neuralleiste (Paragangliome) zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ
- 689 intendierten Behandlung oder zur Rezidivdiagnostik oder zur Erhebung des Rezeptorstatus
- 690 vor nuklearmedizinischer Therapie
- 691 - PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Mesotheliom der Pleura oder des
- 692 Perikards zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder zur
- 693 Rezidivdiagnostik
- 694 - PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose oder radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-
- 695 Liganden) bei bösartigen Neubildungen des Thymus zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer
- 696 kurativ intendierten Behandlung oder Rezidivdiagnostik
- 697 - PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei bösartiger Neubildung des Mediastinums
- 698 oder der Pleura zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung
- 699 oder zur Rezidivdiagnostik
- 700 - PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei bösartiger Neubildung des thorakalen
- 701 Binde- und Weichteilgewebes (zum Beispiel Sarkome) zur Ausbreitungsdiagnostik vor
- 702 einer kurativ intendierten Behandlung oder zur Rezidivdiagnostik
- 703 - Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin oder eines
- 704 Patienten mit Tumoren der Lunge und des Thorax unter tumorspezifischer Therapie
- 705 (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung [Anlage 7 BMV-
- 706 Ärzte])
- 707 - Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse
- 708 Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-
- 709 Vereinbarung [Anlage 7 BMV-Ärzte])
- 710 - Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der
- 711 Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder
- 712 Strahlentherapie einer Patientin oder eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung,
- 713 insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen
- 714 Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des

- 715 Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum  
 716 Beispiel Hospize, SAPV)  
 717 - Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der  
 718 Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder  
 719 Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung,  
 720 insbesondere für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder  
 721 weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)  
 722 - Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumortherapie (entsprechend der  
 723 Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung [Anlage 7 BMV-Ärzte])

Folgedissens zu § 5 Absatz 1	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>Die in Nummer „3.1 Buchstabe b Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.</p>	<p><b>DKG</b></p> <p>[hier keine Aufnahme]</p>

- 724 Im Zusammenhang mit § 137e SGB V definierte besondere Qualitätsanforderungen sind zu  
 725 beachten.  
 726 [...]

Folgedissens zu § 5 Absatz 1	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p><b>5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</b></p> <p><b>Präambel</b></p> <p>Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen</p>	<p><b>DKG</b></p> <p><b>5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</b></p> <p><b>Präambel</b></p> <p>Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen</p>

<p>des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6.</p> <p>Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).</p> <p>Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest. <del>Die in Nummer „3.1 Buchstabe b Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.</del></p> <p>Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.</p> <p><b><u>Appendix „Tumoren der Lunge und des Thorax“*</u></b></p>	<p>des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6 .</p> <p>Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix <a href="#">(Primärappendix und Erweiterungsappendizes)</a> aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).</p> <p>Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest <a href="#">(Liste abrechnungsfähiger Leistungen)</a>.</p> <p>Die in Nummer „3.1 Buchstabe b Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.</p> <p><del>Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.</del></p> <p><a href="#">Bei Aktualisierungen des EBM innerhalb des jeweiligen Behandlungsumfangs der einzelnen Anlagen und bei Aktualisierungen des Behandlungsumfangs innerhalb einer Anlage richtet sich das weitere Vorgehen</a></p>
---	--

\*Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

	<p>nach § 5 Absatz 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V. Bestehen Zweifel im ergBA daran, ob eine neue, gestrichene oder geänderte Leistung im EBM dem Behandlungsumfang einer Anlage zuzurechnen ist, nimmt der G-BA entsprechende Hinweise aus dem ergänzten Bewertungsausschuss entgegen und führt eine Klärung herbei.</p> <p><b><u>Appendix „Tumoren der Lunge und des Thorax“*</u></b></p>
--	---

727  
728

---

\*Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

729 **Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren**

730 [...]

731 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

732 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

733 **Diagnostik**

- 734 - Allgemeine (zum Beispiel EKG) und spezielle (zum Beispiel transösophageale und
- 735 transthorakale Echokardiographie, Belastungs-EKG) Herzfunktionsdiagnostik
- 736 - Anamnese inklusive Berufsanamnese
- 737 - Audiometrie
- 738 - bildgebende Verfahren (zum Beispiel Ultraschall einschließlich endosonographischer
- 739 Verfahren, Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen wie zum Beispiel PET;
- 740 PET/CT bei fortgeschrittenen Kopf-Hals-Tumoren oder unbekanntem
- 741 Primärtumorsyndromen des Kopf-Hals-Bereichs und bei Larynxkarzinom)
- 742 - Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen nach HNO-Tumor
- 743 - Endoskopie des Nasenrachenraumes, Respirationstraktes und des Gastrointestinaltraktes
- 744 (einschließlich Punktionen und interventioneller Verfahren)
- 745 - Histologische, zytologische und tumorgenetische Untersuchungen
- 746 - körperliche Untersuchung
- 747 - Laboruntersuchungen
- 748 - Lungenfunktionsprüfung
- 749 - Punktionen, Biopsien
- 750 - Tumorstaging

751 **Behandlung**

- 752 - Allgemeiner Umgang mit Portsystemen
- 753 - Anlage von Kathetern (wie zum Beispiel ZVK)
- 754 - Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen
- 755 Eingriffen
- 756 - Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 757 - Behandlung in Notfallsituationen
- 758 - Behandlung von Therapie Nebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten
- 759 Behandlungsfolgen
- 760 - Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -kontrolle
- 761 - Einleitung einer Rehabilitation
- 762 - Ernährungstherapie bei Schluckstörungen, soweit im EBM abgebildet
- 763 - Kleinchirurgische Eingriffe
- 764 - Medikamentöse Tumortherapien inklusive Infusionstherapie
- 765 - OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- 766 - perkutane Gastrostomie
- 767 - Physikalische Therapie
- 768 - Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 769 - Schmerztherapie
- 770 - Stimmprüfung
- 771 - Strahlentherapie

- 772 - Therapeutische Punktionen und Drainagen
- 773 - Transfusionen
- 774 - Wundversorgung

775 **Beratung**

- 776 - und Anleitung zum Umgang mit Tracheostoma
- 777 - zu Diagnostik und Behandlung
- 778 - zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch inklusive Umgang mit Hilfsmitteln zur Sprachbildung, Kaufunktionelle Maßnahmen
- 779 - zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 780 - zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten (zum Beispiel bei Krebsberatungsstellen)
- 781 - zu Rehabilitationsangeboten
- 782 - zur Alkohol- und Tabakentwöhnung
- 783 - zur Ernährung
- 784 - zu Sexualität und Familienplanung
- 785 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>Weitere spezifische Leistungen: <del>Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind:</del></p>	<p><b>DKG</b></p> <p>Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind:</p>

- 788 - PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Patientinnen und Patienten mit Kopf-
- 789 - Hals-Tumoren
- 790 - zur Planung einer potenziell kurativen Lokalthherapie oder vor
- 791 - funktionseinschränkenden Therapiemaßnahmen (Strahlentherapie oder Operation)
- 792 - sofern die konventionelle Diagnostik (unter anderem CT und/oder MRT) von
- 793 - Kopf/Hals, Thorax und Abdomen abgeschlossen ist und Fernmetastasen nicht
- 794 - nachgewiesen wurden
- 795 - wenn in der postoperativen Verlaufskontrolle in der konventionellen Diagnostik (CT,
- 796 - MRT) nicht zwischen Narbengewebe und Lokalrezidiv unterschieden werden kann und
- 797 - für den Fall eines Lokalrezidivs eine Lokalthherapie empfohlen wird
- 798 - PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose, radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-
- 799 - Liganden oder J-124) bei Patientinnen und Patienten mit Schilddrüsenkarzinom und
- 800 - erhöhtem Tumormarker Thyreoglobulin bzw. Calcitonin und/oder
- 801 - negativer oder unklarer konventioneller Bildgebung, inklusive Radiojod-Szintigrafie,
- 802 - zur Detektion von radiojodrefraktären Läsionen (residueller Tumor, Lokalrezidiv,
- 803 - Lymphknotenmetastasen und Fernmetastasen) und postoperativ verbliebenem
- 804 - Schilddrüsengewebe mit dem Ziel therapeutische Konsequenzen einzuleiten
- 805 - PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Patientinnen und Patienten mit malignem
- 806 - Melanom, Merkel-Zell-Karzinom und Plattenepithelkarzinom der Haut zur Beurteilung der
- 807 - Operabilität, auch vor Einleitung einer systemischen medikamentösen Therapie

- 808 - wenn der „Sentinel Node“ Tumorbefall zeigt und eine erweiterte Lymphadenektomie
- 809 geplant ist, und/oder
- 810 - wenn im CT/MRT oder bei klinischer Untersuchung vergrößerte,
- 811 metastasenverdächtige Lymphknoten nachgewiesen wurden und/oder
- 812 - zum Ausschluss weiterer Metastasen, wenn sonst alle im CT/MRT erkennbaren
- 813 Fernmetastasen RO-resektabel erscheinen
  
- 814 - PET; PET/CT (mit Ga-68-markierten Somatostatin-Rezeptorliganden) bei Patientinnen und
- 815 Patienten mit Merkel-Zell-Karzinom vor geplanter nuklearmedizinischer Therapie mit
- 816 radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden zur Erfassung des Somatostatin-Rezeptor-
- 817 Status und Beurteilung der nuklearmedizinischen Therapiemöglichkeit
- 818 - PET; PET/CT (mit radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden oder
- 819 F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Patientinnen und Patienten mit Paragangliomen zur
- 820 Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder zur
- 821 Rezidivdiagnostik oder zur Erhebung des Rezeptorstatus vor nuklearmedizinischer
- 822 Therapie
- 823 - Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin oder eines
- 824 Patienten mit Tumoren des Kopfs oder Hals unter tumorspezifischer Therapie
- 825 (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-
- 826 Ärzte))
- 827 - Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse
- 828 Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-
- 829 Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- 830 - Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der
- 831 Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder
- 832 Strahlentherapie einer Patientin oder eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung,
- 833 insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen
- 834 Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des
- 835 Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum
- 836 Beispiel Hospize, SAPV)
- 837 - Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der
- 838 Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder
- 839 Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung,
- 840 insbesondere für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder
- 841 weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- 842 - Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumorthherapie (entsprechend der
- 843 Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>Die in Nummer „3.1 b) Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.</p>	<p><b>DKG</b></p> <p><i>[hier keine Aufnahme]</i></p>

844 Im Zusammenhang mit § 137e SGB V definierte besondere Qualitätsanforderungen sind zu  
845 beachten.

846 [...]

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p><b>5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</b></p> <p><b>Präambel</b></p> <p>Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6. Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2). Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.</p> <p><del>Die in Nummer „3.1 b) Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung</del></p>	<p><b>DKG</b></p> <p><b>5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</b></p> <p><b>Präambel</b></p> <p>Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6. Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix (<a href="#">Primärappendix und Erweiterungsappendizes</a>) aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2). Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest (<a href="#">Liste abrechnungsfähiger Leistungen</a>).</p> <p>Die in Nummer „3.1 b) Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie und</p>

<p><del>im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.</del></p> <p>Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.</p> <p><b><u>Appendix „Kopf- oder Halstumoren“*</u></b></p>	<p>Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.</p> <p><del>Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.</del></p> <p>Bei Aktualisierungen des EBM innerhalb des jeweiligen Behandlungsumfangs der einzelnen Anlagen und bei Aktualisierungen des Behandlungsumfangs innerhalb einer Anlage richtet sich das weitere Vorgehen nach § 5 Absatz 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V. Bestehen Zweifel im ergBA daran, ob eine neue, gestrichene oder geänderte Leistung im EBM dem Behandlungsumfang einer Anlage zuzurechnen ist, nimmt der G-BA entsprechende Hinweise aus dem ergänzten Bewertungsausschuss entgegen und führt eine Klärung herbei.</p> <p><b><u>Appendix „Kopf- oder Halstumoren“*</u></b></p>
---	--

847

\*Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

848 **Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven**849 **[...]**850 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

851 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

852 **Diagnostik**

- 853 – Allgemeine (zum Beispiel EKG) und spezielle (zum Beispiel transösophageale und
- 854 transthorakale Echokardiographie, Belastungs-EKG) Herzfunktionsdiagnostik
- 855 – Anamnese
- 856 – Bildgebende Verfahren (zum Beispiel Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT inklusive
- 857 Postmyelographie-Computertomographie, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen)
- 858 – Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
- 859 – Histologische, zytologische und tumorgenetische Untersuchungen
- 860 – Körperliche Untersuchung
- 861 – Laboruntersuchungen
- 862 – Liquordiagnostik
- 863 – Neurophysiologische Untersuchungen (zum Beispiel EEG, EMG, ENG, evozierte
- 864 Potenziale)
- 865 – Punktionen, Biopsien
- 866 – Tumorstaging

867 **Behandlung**

- 868 – Allgemeiner Umgang mit Portsystemen
- 869 – Anlage von Kathetern (wie zum Beispiel ZVK)
- 870 – Antiepileptische Therapie
- 871 – Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen
- 872 Eingriffen
- 873 – Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 874 – Behandlung in Notfallsituationen
- 875 – Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten
- 876 Behandlungsfolgen
- 877 – Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -kontrolle
- 878 – Einleitung einer Rehabilitation
- 879 – Kleinchirurgische Eingriffe
- 880 – Medikamentöse Tumortherapien inklusive Infusionstherapie
- 881 – OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- 882 – Physikalische Therapie
- 883 – Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 884 – Schmerztherapie
- 885 – Strahlentherapie
- 886 – Therapeutische Punktionen und Drainagen
- 887 – Transfusionen
- 888 – Wundversorgung

889 **Beratung**

- 890 – zu Diagnostik und Behandlung
- 891 – zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 892 – zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 893 – zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- 894 (zum Beispiel bei Krebsberatungsstellen)
- 895 – zu Rehabilitationsangeboten
- 896 – zu Sexualität und Familienplanung
- 897 – zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- 898 – zur Ernährung

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>Weitere spezifische Leistungen: Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind:</p>	<p><b>DKG</b></p> <p>Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind:</p>

- 899 - PET bzw. PET/CT mit radioaktiven Aminosäuren, zum Beispiel O-(2-[18F]Fluoroethyl)-
- 900 L-Tyrosin Positron Emissions Tomographie (18F-FET PET) bei malignen Gliatumoren,
- 901 insbesondere Glioblastomen und unklaren Befunden im MRT:
  - 902 – zur Differenzierung von posttherapeutischen Veränderungen und Tumorgewebe
  - 903 und
  - 904 – zur Sicherung eines Tumorrezidivs
- 905 - PET bzw. PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose
  - 906 – bei neuroendokrinen Tumoren einschließlich bösartiger Neubildungen der
  - 907 Neuralleiste (Paragangliome) zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ
  - 908 intendierten Behandlung oder bei Verdacht auf ein Rezidiv
  - 909 – bei nach konventioneller bildgebender Diagnostik (CT, gegebenenfalls auch MRT)
  - 910 primär zerebralem Lymphom zur differenzierten Therapieentscheidung nach
  - 911 Ausschluss extrakranieller Lymphomherde
- 912 - PET; PET/CT (mit Somatostatin-Rezeptor-Liganden wie zum Beispiel 68 Ga-DOTATOC
- 913 oder 68 Ga-DOTATATE) bei neuroendokrinen Tumoren einschließlich bösartiger
- 914 Neubildungen der Neuralleiste (Paragangliome) zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer
- 915 kurativ intendierten Behandlung oder bei Verdacht auf ein Rezidiv oder zur Erhebung
- 916 des Rezeptorstatus vor nuklearmedizinischer Therapie
- 917 - Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin bzw. eines
- 918 Patienten mit Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven unter
- 919 tumorspezifischer Therapie (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-
- 920 Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- 921 - Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse
- 922 Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der
- 923 Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))

- 924 - Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der  
 925 Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder  
 926 Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung,  
 927 insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen  
 928 Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des  
 929 Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum  
 930 Beispiel Hospize, SAPV)
- 931 - Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der  
 932 Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder  
 933 Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung,  
 934 insbesondere für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung  
 935 oder weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- 936 - Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumorthherapie (entsprechend der  
 937 Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))

Folgedissens zu § 5 Absatz 1	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>Die unter „3.1 b) Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin mit der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.</p>	<p><b>DKG</b></p> <p>[hier keine Aufnahme]</p>

938 Im Zusammenhang mit § 137e SGB V definierte besondere Qualitätsanforderungen sind zu  
 939 beachten.

940 [...]

Folgedissens zu § 5 Absatz 1	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p><b>5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</b></p> <p><b>Präambel</b></p> <p>Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1</p>	<p><b>DKG</b></p> <p><b>5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</b></p> <p><b>Präambel</b></p> <p>Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1</p>

<p>Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6.</p> <p>Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).</p> <p>Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.</p> <p><del>Die unter „3.1 b) Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin mit der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.</del></p> <p>Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.</p>	<p>Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6 .</p> <p>Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem <a href="#">Primär-Appendix</a> aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).</p> <p>Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest (<a href="#">Liste abrechnungsfähiger Leistungen</a>).</p> <p>Die unter „3.1 b) Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin mit der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.</p> <p><del>Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.</del></p> <p><a href="#">Bei Aktualisierungen des EBM innerhalb des jeweiligen Behandlungsumfangs der einzelnen Anlagen und bei Aktualisierungen des Behandlungsumfangs innerhalb einer</a></p>
--	--

<p><b><u>Appendix „Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven“*</u></b></p>	<p>Anlage richtet sich das weitere Vorgehen nach § 5 Absatz 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V. Bestehen Zweifel im ergBA daran, ob eine neue, gestrichene oder geänderte Leistung im EBM dem Behandlungsumfang einer Anlage zuzurechnen ist, nimmt der G-BA entsprechende Hinweise aus dem ergänzten Bewertungsausschuss entgegen und führt eine Klärung herbei.</p> <p><b><u>Appendix „Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven“†</u></b></p>
--	---

941

---

\*Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

†Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

942 **Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren**

943 [...]

944 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

945 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

946 **Diagnostik**

- 947 – Allgemeine (zum Beispiel Elektrokardiogramm [EKG]) und spezielle (zum Beispiel
- 948 transösophageale und transthorakale Echokardiographie, Belastungs-EKG)
- 949 Herzfunktionsdiagnostik
- 950 – Anamnese
- 951 – Bildgebende Verfahren (zum Beispiel Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT, MRT,
- 952 nuklearmedizinische Untersuchungen Endosonographie, Angiographie,
- 953 Skelettszintigraphie)
- 954 – Histologische, zytologische und tumorgenetische Untersuchungen
- 955 – Körperliche Untersuchung
- 956 – Laboruntersuchungen
- 957 – Punktionen, Biopsien
- 958 – Sentinel-Lymphknoten-Ektomie
- 959 – Tumorstaging

960 **Behandlung**

- 961 – Allgemeiner Umgang mit Portsystemen
- 962 – Anlage von Kathetern (wie zum Beispiel Zentralvenenkatheter [ZVK])
- 963 – Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen
- 964 Eingriffen
- 965 – Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 966 – Behandlung in Notfallsituationen
- 967 – Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten
- 968 Behandlungsfolgen
- 969 – Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -kontrolle
- 970 – Einleitung einer Rehabilitation
- 971 – Kleinchirurgische Eingriffe
- 972 – Medikamentöse Tumortherapien inklusive Infusionstherapie
- 973 – OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- 974 – Planung von plastischen Rekonstruktionen und Prothese
- 975 – Physikalische Therapie
- 976 – Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 977 – Schmerztherapie
- 978 – Strahlentherapie
- 979 – Therapeutische Punktionen und Drainagen
- 980 – Transfusionen
- 981 – Wundversorgung

982 **Beratung**

- 983 – zu Diagnostik und Behandlung
- 984 – zu Geh- und Prothesentraining
- 985 – zu Sporttherapie
- 986 – zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 987 – zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 988 – zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- 989 (zum Beispiel bei Krebsberatungsstellen)
- 990 – zu Rehabilitationsangeboten
- 991 – zu Sexualität und Familienplanung
- 992 – zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- 993 – zur Ernährung
- 994 – zur Umschulung der Händigkeit

*Folgedissens zu § 5 Absatz 1***GKV-SV, KBV**

**Weitere spezifische Leistungen:** ~~Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind:~~

**DKG**

Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind:

- 995 – PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Neubildung des Binde-, Weichteil- oder
- 996 Knochengewebes nach konventioneller Diagnostik (CT und/oder MRT, gegebenenfalls
- 997 ergänzt durch Skelettszintigraphie)
- 998 - zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung
- 999 - zur Sicherung eines Tumorrezidivs
- 1000 – Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin bzw. eines
- 1001 Patienten mit Knochen- und Weichteiltumoren unter tumorspezifischer Therapie
- 1002 (entsprechend der Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7
- 1003 BMV-Ä))
- 1004 – Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse
- 1005 Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-
- 1006 Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä))
- 1007 – Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der
- 1008 Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder
- 1009 Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung,
- 1010 insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen
- 1011 Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des
- 1012 Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum
- 1013 Beispiel Hospize, SAPV)
- 1014 – Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der
- 1015 Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder
- 1016 Strahlentherapie einer Patientin bzw. eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung,
- 1017 insbesondere für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder
- 1018 weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- 1019 – Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumorthherapie (entsprechend der
- 1020 Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä))

1021

Folgedissens zu § 5 Absatz 1	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>Die in Nummer „3.1 Buchstabe b Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin mit der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.</p>	<p><b>DKG</b></p> <p>[hier keine Aufnahme]</p>

1022 Im Zusammenhang mit § 137e SGB V definierte besondere Qualitätsanforderungen sind zu  
 1023 beachten.

1024 [...]

Folgedissens zu § 5 Absatz 1	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p><b>5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</b></p> <p><b>Präambel</b></p> <p>Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6.</p>	<p><b>DKG</b></p> <p><b>5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</b></p> <p><b>Präambel</b></p> <p>Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6 .</p>

<p>Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).</p> <p>Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.</p> <p><del>Die in Nummer „3.1 Buchstabe b Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin mit der Zusatz-Weiterbildung <u>Medikamentöse Tumorthherapie</u>, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.</del></p> <p>Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.</p> <p><b><u>Appendix „Knochen- und Weichteiltumoren“*</u></b></p>	<p>Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix <b>(Primärappendix und Erweiterungsappendizes)</b> aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).</p> <p>Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest <b>(Liste abrechnungsfähiger Leistungen)</b>.</p> <p>Die in Nummer „3.1 Buchstabe b Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin mit der Zusatz-Weiterbildung <u>Medikamentöse Tumorthherapie</u>, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.</p> <p><del>Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.</del></p> <p><b>Bei Aktualisierungen des EBM innerhalb des jeweiligen Behandlungsumfangs der einzelnen Anlagen und bei Aktualisierungen des Behandlungsumfangs innerhalb einer Anlage richtet sich das weitere Vorgehen nach § 5 Absatz 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V. Bestehen Zweifel im</b></p>
--	--

\*Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

	<p>ergBA daran, ob eine neue, gestrichene oder geänderte Leistung im EBM dem Behandlungsumfang einer Anlage zuzurechnen ist, nimmt der G-BA entsprechende Hinweise aus dem ergänzten Bewertungsausschuss entgegen und führt eine Klärung herbei.</p> <p><b><u>Appendix „Knochen- und Weichteiltumoren“*</u></b></p>
--	---

1025

1026

---

*\*Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.*

1027 **Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges**1028 **[...]**1029 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

1030 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

1031 **Diagnostik**

- 1032 – Allgemeine Herzfunktionsdiagnostik (zum Beispiel EKG-Untersuchungen)
- 1033 – Anamnese
- 1034 – Augenärztliche Untersuchungen (zum Beispiel Ophthalmoskopie, binokulare
- 1035 Untersuchung des (gesamten) Augenhintergrundes in Mydriasis, Schirmertest,
- 1036 Augeninnendruckmessung, Prüfung der Tränenwege, Sehtests (Visusprüfung u.a.),
- 1037 Gonioskopie, Spaltlampenmikroskopie, Perimetrie)
- 1038 – bildgebende Verfahren (zum Beispiel Ultraschall einschließlich endosonographischer
- 1039 Verfahren, Röntgen, CT, MRT, nuklearmedizinische Untersuchungen,
- 1040 Fluoreszenzangiographie des Auges)
- 1041 – Histologische, zytologische und tumorgenetische Untersuchungen
- 1042 – körperliche Untersuchung
- 1043 – Laboruntersuchungen (einschließlich zytogenetische Untersuchungen)
- 1044 – Punktionen, Biopsien
- 1045 – Tumorstaging

1046 **Behandlung**

- 1047 – Auswahl, Anpassung und Prüfung von Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe
- 1048 (z.B. Kontaktlinsen) und therapeutischen Sehhilfen
- 1049 – Allgemeiner Umgang mit Portsystemen
- 1050 – Anästhesien im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen
- 1051 Eingriffen
- 1052 – Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 1053 – Behandlung in Notfallsituationen
- 1054 – Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten
- 1055 Behandlungsfolgen
- 1056 – Behandlungsplanung (einschließlich Tumorkonferenzen), -durchführung und -kontrolle
- 1057 – Einleitung einer Rehabilitation
- 1058 – Kleinchirurgische Eingriffe
- 1059 – Medikamentöse Tumorthapien inklusive Infusionstherapie
- 1060 – OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- 1061 – Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 1062 – Schmerztherapie
- 1063 – Strahlentherapie
- 1064 – Therapeutische Punktionen und Drainagen

- 1065 – Transfusionen
- 1066 – Wundversorgung
- 1067 **Beratung**
- 1068 – zu Diagnostik und Behandlung
- 1069 – zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch, insbesondere Sehhilfen,
- 1070 Blindenhilfsmitteln und Prothesen
- 1071 – zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 1072 – zu psycho-sozialen und psycho-onkologischen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- 1073 (zum Beispiel bei Krebsberatungsstellen)
- 1074 – zu Rehabilitationsangeboten
- 1075 – zu Sexualität und Familienplanung
- 1076 – zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- 1077 – zur Ernährung

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>Weitere spezifische Leistungen: Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind:</p>	<p><b>DKG</b></p> <p>Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind:</p>

- 1078 – Optische Kohärenz-Tomographie (OCT)
- 1079 – Fotografie des vorderen und/oder hinteren Augenabschnitts
- 1080 – PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei malignen Tumoren des Auges bzw. der
- 1081 Augenanhangsgebilde nach konventioneller Diagnostik (z.B. Ultraschall des Abdomens,
- 1082 CT, MRT oder Skelettzintigraphie) zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ
- 1083 intendierten Behandlung oder zur Rezidivdiagnostik
- 1084 – PET; PET/CT (mit Ga-68-markierten Somatostatin-Rezeptorliganden) bei Merkel-Zell-
- 1085 Karzinom des Auges bzw. der Augenanhangsgebilde vor geplanter nuklearmedizinischer
- 1086 Therapie mit radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden zur Erfassung des
- 1087 Somatostatin-Rezeptor-Status und Beurteilung der nuklearmedizinischen
- 1088 Therapiemöglichkeit
- 1089 – Zusätzlicher Aufwand für die Koordination der Behandlung einer Patientin oder eines
- 1090 Patienten mit Tumoren des Auges unter tumorspezifischer Therapie (entsprechend der
- 1091 Kostenpauschale 86512 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- 1092 – Zusätzlicher Aufwand für die intracavitär oder intravasal applizierte medikamentöse
- 1093 Tumorthherapie (entsprechend der Kostenpauschalen 86514 bzw. 86516 der Onkologie-
- 1094 Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))
- 1095 – Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der

- 1096 Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder  
 1097 Strahlentherapie einer Patientin oder eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung,  
 1098 insbesondere für die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen  
 1099 Basisassessments (PBA) zu Beginn der Palliativbehandlung und die Überleitung des  
 1100 Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder weitere Versorgungsformen (zum  
 1101 Beispiel Hospize, SAPV)
- 1102 – Zusätzlicher Aufwand für die Palliativversorgung bei progredientem Verlauf der  
 1103 Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder  
 1104 Strahlentherapie einer Patientin oder eines Patienten ohne Aussicht auf Heilung,  
 1105 insbesondere für die Überleitung des Patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder  
 1106 weitere Versorgungsformen (zum Beispiel Hospize, SAPV)
- 1107 – Zusätzlicher Aufwand für die orale medikamentöse Tumorthherapie (entsprechend der  
 1108 Kostenpauschale 86520 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ärzte))

Folgedissens zu § 5 Absatz 1	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>Die unter „3.1 b) Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.</p>	<p><b>DKG</b></p> <p>[hier keine Aufnahme]</p>

- 1109 Im Zusammenhang mit § 137e SGB V definierte besondere Qualitätsanforderungen sind zu  
 1110 beachten.

1111 [...]

Folgedissens zu § 5 Absatz 1	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p><b>5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</b></p> <p><b>Präambel</b></p> <p>Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem</p>	<p><b>DKG</b></p> <p><b>5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</b></p> <p><b>Präambel</b></p> <p>Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem</p>

<p>Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6.</p> <p>Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).</p> <p>Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.</p> <p><del>Die unter „3.1 b) Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.</del></p> <p>Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.</p>	<p>Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6 .</p> <p>Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix <a href="#">(Primärappendix und Erweiterungsappendizes)</a> aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).</p> <p>Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest <a href="#">(Liste abrechnungsfähiger Leistungen)</a>.</p> <p>Die unter „3.1 b) Kernteam“ genannten Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie und Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, denen eine entsprechende Zulassung und Genehmigung für die Leistungserbringung im Rahmen der Onkologievereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde, können die Leistungen im Appendix erbringen, für die die entsprechende Zulassung und Genehmigung vorliegt.</p> <p><del>Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.</del></p>
---	--

<p><b><u>Appendix „Tumoren des Auges“*</u></b></p>	<p>Bei Aktualisierungen des EBM innerhalb des jeweiligen Behandlungsumfangs der einzelnen Anlagen und bei Aktualisierungen des Behandlungsumfangs innerhalb einer Anlage richtet sich das weitere Vorgehen nach § 5 Absatz 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V. Bestehen Zweifel im ergBA daran, ob eine neue, gestrichene oder geänderte Leistung im EBM dem Behandlungsumfang einer Anlage zuzurechnen ist, nimmt der G-BA entsprechende Hinweise aus dem ergänzten Bewertungsausschuss entgegen und führt eine Klärung herbei.</p> <p><b><u>Appendix „Tumoren des Auges“†</u></b></p>
--	--

1112

1113

1114

---

\*Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

†Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

1115 **b) rheumatologische Erkrankungen**1116 **Teil 1: Erwachsene**1117 **[...]**1118 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

1119 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

1120 **Diagnostik**

- 1121 - Allgemeine (z. B. EKG, Langzeit-EKG, Langzeitblutdruckmessung) und spezielle
- 1122 Herzfunktionsdiagnostik (z. B. Echokardiographie, Myokard-Szintigraphie,
- 1123 Herzkatheteruntersuchung)
- 1124 - Anamnese
- 1125 - Augenärztliche Funktionsuntersuchungen (z. B. Augendruckbestimmung,
- 1126 Augenhintergrunduntersuchung, Gesichtsfeldbestimmung, Spaltlampenuntersuchung,
- 1127 Tränenflüssigkeitsbestimmung, Schirmertest)
- 1128 - Bildgebende Diagnostik (z. B. Röntgen, CT, MRT, Szintigraphie, Sonographie, Angiographie,
- 1129 Osteodensitometrie)
- 1130 - Biopsien und Punktionen (inklusive Knochenmarkpunktion)
- 1131 - Endoskopie des Gastrointestinaltraktes und des Respirationstraktes
- 1132 - HNO-ärztliche Untersuchungen (z. B. Audiometrie, Endoskopie der Nasennebenhöhlen)
- 1133 - Humangenetische Untersuchungen
- 1134 - Intracutantest (Tuberkulintest)
- 1135 - Kapillarmikroskopie
- 1136 - Körperliche Untersuchung
- 1137 - Laboruntersuchungen (z. B. differenzierte Gerinnungsdiagnostik, Blutgasanalyse)
- 1138 einschließlich immunologischer Diagnostik (z. B. Autoantikörperbestimmung, humorale
- 1139 und zelluläre Immunität) und infektiologischer Untersuchungen
- 1140 - Makroskopische, mikroskopische, histologische und zytologische Untersuchungen bei
- 1141 Patienten entnommenen Materials (z. B. Gewebe, Sekrete, Knochenmarksaspirat)
- 1142 - Neurophysiologische Untersuchungen (z. B. EEG, EMG, ENG)
- 1143 - Nierenfunktionsdiagnostik
- 1144 - Pulmonale Funktionsdiagnostik

1145 **Behandlung**

- 1146 - Ausstellen z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 1147 - Behandlung in Notfallsituationen
- 1148 - Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten
- 1149 Behandlungsfolgen
- 1150 - Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- 1151 - Einleitung der Rehabilitation
- 1152 - Kleinchirurgische Eingriffe
- 1153 - Medikamentöse Therapie inklusive Infusionstherapie
- 1154 - Physikalische Therapie
- 1155 - Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 1156 - Radiosynoviorthesen

- 1157 - Schmerztherapie
- 1158 - Therapeutische Punktionen und Drainagen
- 1159 - Transfusion von Blutkomponenten
- 1160 - UV-Lichtprovokation und UV-Strahlentherapie

1161 **Beratung**

- 1162 - zu Diagnostik und Behandlung
- 1163 - zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 1164 - zu humangenetischen Fragestellungen
- 1165 - zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 1166 - zu psychosozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten auch der Bezugspersonen
- 1167 - zu Rehabilitationsangeboten
- 1168 - zu Sexualität, Familienplanung und Schwangerschaft
- 1169 - zu Verhalten in Notfallsituationen. Die Information kann z. B. mittels eines Notfallausweises ergänzt werden
- 1170
- 1171 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- 1172 - zur Ernährung

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>Weitere spezifische Leistungen: Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind:</p>	<p><b>DKG</b></p> <p>Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind:</p>

- 1173 - PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Patientinnen und Patienten mit Verdacht
- 1174 auf Großgefäßvaskulitiden bei unklarer Befundkonstellation (z. B. trotz komplexer
- 1175 Diagnostik inklusive konventioneller Bildgebung, Liquordiagnostik oder histologischer
- 1176 Befunde, Gefäßsonografie) mit dem Ziel einer therapeutischen Konsequenz
- 1177 - Vorbereitung und Durchführung eines strukturierten, evaluierten,
- 1178 zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogramms für Patienten mit
- 1179 Rheumatoider Arthritis

1180 [...] ]

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p><b>5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</b></p> <p><b>Präambel</b></p> <p>Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen</p>	<p><b>DKG</b></p> <p><b>5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</b></p> <p><b>Präambel</b></p> <p>Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen</p>

<p>Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6.</p> <p>Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).</p> <p>Abschnitt 3 enthält Sonderregelungen zu rheumatologischen Speziallaborleistungen. Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest. Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.</p> <p><b><u>Appendix „rheumatologische Erkrankungen - Erwachsene“*</u></b></p>	<p>Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6 .</p> <p>Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix <a href="#">(Primärappendix und Erweiterungsappendizes)</a> aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).</p> <p>Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest <a href="#">(Liste abrechnungsfähiger Leistungen)</a>.</p> <p><del>Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.</del></p> <p><a href="#">Bei Aktualisierungen des EBM innerhalb des jeweiligen Behandlungsumfangs der einzelnen Anlagen und bei Aktualisierungen des Behandlungsumfangs innerhalb einer Anlage richtet sich das weitere Vorgehen nach § 5 Absatz 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung</a></p>
---	---

\*Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

	<p>nach § 116b SGB V. Bestehen Zweifel im ergBA daran, ob eine neue, gestrichene oder geänderte Leistung im EBM dem Behandlungsumfang einer Anlage zuzurechnen ist, nimmt der G-BA entsprechende Hinweise aus dem ergänzten Bewertungsausschuss entgegen und führt eine Klärung herbei.</p> <p><b><u>Appendix „rheumatologische Erkrankungen - Erwachsene“*</u></b></p>
--	---

1181

1182

1183

---

\*Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

1184 **Teil 2: Kinder und Jugendliche**

1185 [...]

1186 **2 Behandlungsumfang**

1187 Es gilt der im Teil 1 Erwachsene geregelte Behandlungsumfang, soweit diese Prozeduren bei  
1188 Kindern und Jugendlichen zur Anwendung kommen.

1189 Abweichend von Teil 1 Erwachsene gehören Radiosynoviorthesen und PET; PET/CT nicht zum  
1190 Behandlungsumfang bei Kindern und Jugendlichen.

1191 Darüber hinaus gehören folgende Leistungen zum Behandlungsumfang:

- 1192 - Humangenetische Untersuchungen
- 1193 - Medizinische Beratung zur Partizipation (Schule und Berufsausbildung) und sozialen  
1194 Integration.

1195 [...]

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p><b>5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</b></p> <p><b>Präambel</b></p> <p>Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in</p>	<p><b>DKG</b></p> <p><b>5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</b></p> <p><b>Präambel</b></p> <p>Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6 .</p> <p>Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix</p>

<p>seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6.</p> <p>Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest. Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.</p> <p><b><u>Appendix „rheumatologische Erkrankungen – Kinder und Jugendliche“*</u></b></p>	<p>(Primärappendix und Erweiterungsappendizes) aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).</p> <p>Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest (Liste abrechnungsfähiger Leistungen).</p> <p><del>Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.</del></p> <p>Bei Aktualisierungen des EBM innerhalb des jeweiligen Behandlungsumfangs der einzelnen Anlagen und bei Aktualisierungen des Behandlungsumfangs innerhalb einer Anlage richtet sich das weitere Vorgehen nach § 5 Absatz 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V. Bestehen Zweifel im ergBA daran, ob eine neue, gestrichene oder geänderte Leistung im EBM dem Behandlungsumfang einer Anlage zuzurechnen ist, nimmt der G-BA entsprechende Hinweise aus dem ergänzten Bewertungsausschuss entgegen und führt eine Klärung herbei.</p> <p><b><u>Appendix „rheumatologische Erkrankungen – Kinder und Jugendliche“*</u></b></p>
--	---

1196

\*Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

1197 **c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen**1198 **[...]**1199 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

1200 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

1201 **Diagnostik**

- 1202 – Anamnese
- 1203 – Augenärztliche Funktionsuntersuchung (zum Beispiel Augendruckbestimmung,
- 1204 Augenhintergrunduntersuchung, Gesichtsfeldbestimmung, Spaltlampenuntersuchung,
- 1205 Tränenflüssigkeitsbestimmung, Schirmertest)
- 1206 – Bildgebende Diagnostik (zum Beispiel Ultraschall einschließlich, endosonographischer
- 1207 Verfahren, Röntgen, Sonografie, MRT-/Röntgen-Sellink)
- 1208 – Dermatologische Diagnostik
- 1209 – Diagnostik der Kontinenzleistung
- 1210 – Endoskopie des Gastrointestinaltraktes einschließlich interventioneller Verfahren (zum
- 1211 Beispiel endoskopische Bougierung, Punktionen und Biopsien)
- 1212 – Körperliche Untersuchung
- 1213 – Laboruntersuchungen (inklusive Stuhluntersuchungen)
- 1214 – Punktionen, Biopsien, Histopathologische Untersuchungen

1215 **Behandlung**

- 1216 – Ausstellen, zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 1217 – Behandlungsplanung (einschließlich), -durchführung und -kontrolle,
- 1218 – Behandlung in Notfallsituationen
- 1219 – Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und unerwünschten
- 1220 Behandlungsfolgen
- 1221 – Beratung und Anleitung zum Umgang mit Anus praeter und Pouch
- 1222 – Einleitung der Rehabilitation
- 1223 – Endoskopische Dilatation von Stenosen
- 1224 – Kleinchirurgische Eingriffe, gegebenenfalls OP-Planung, -Vorbereitung und -Nachsorge
- 1225 – Kurznarkosen im Rahmen von interventionellen diagnostischen oder kleinchirurgischen
- 1226 Eingriffen
- 1227 – Einleitung, Überprüfung und Anpassung einer enteralen oder parenteralen Ernährung
- 1228 – Medikamentöse Therapien einschließlich Infusionstherapien
- 1229 – Physikalische Therapie
- 1230 – Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 1231 – Schmerztherapie
- 1232 – Therapie von Stuhlinkontinenz
- 1233 – Wundversorgung

1234 **Beratung**

- 1235 – zu Diagnostik und Behandlung
- 1236 – zu Ernährung

- 1237 – zu Heilmitteln
- 1238 – zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch (insbesondere Stoma- und
- 1239 Inkontinenzversorgung)
- 1240 – zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 1241 – zur operativen Versorgung
- 1242 – zu Sexualität, Familienplanung und Schwangerschaft
- 1243 – zu Rehabilitationsangeboten
- 1244 – zu psychosozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten auch der Bezugspersonen
- 1245 – zur psychotherapeutischen Versorgung
- 1246 – zu Verhalten in Notfallsituationen
- 1247 – zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>Weitere spezifische Leistungen: <del>Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind:</del></p>	<p><b>DKG</b></p> <p>Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind:</p>

- 1248 – Kapselendoskopie Dünndarm
- 1249 – wenn nach Durchführung der Initialdiagnostik Ösophago-Gastro-Duodenoskopie,
- 1250 vollständige Koloskopie – sofern möglich mit Einblick in das terminale Ileum, MRT
- 1251 und Darmsonographie weiterhin der Verdacht auf das Vorliegen eines Morbus
- 1252 Crohn mit Dünndarmbefall besteht.
- 1253 – zur Differenzierung zwischen M. Crohn und Colitis ulcerosa in unklaren Fällen
- 1254 – zur Entscheidung der weiteren Therapiemaßnahmen
  - 1255 – bei chronisch aktiven Verlaufsformen
  - 1256 – bei sekundärem Therapieversagen
  - 1257 – bei kontinuierlich hohem Steroidbedarf
- 1258 – Intestinoskopie (Ballon-, Doppelballon-, Spiralenteroskopie)
  - 1259 – zur Differenzierung zwischen M. Crohn und Colitis ulcerosa in unklaren Fällen
  - 1260 – bei unklarer Blutung bei vorherigem Ausschluss einer Blutungsquelle im oberen
  - 1261 oder unteren Gastrointestinaltrakt
  - 1262 – Chromoendoskopie oder hochauflösende Weißlichtendoskopie (HDWLE) bei
  - 1263 Durchführung der Überwachungskoloskopie
  - 1264 – Pouchoskopie
  - 1265 **[...]**
  - 1266

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p><b>5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</b></p> <p><b>Präambel</b></p> <p>Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6.</p> <p>Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).</p> <p>Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.</p> <p>Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.</p>	<p><b>DKG</b></p> <p><b>5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</b></p> <p><b>Präambel</b></p> <p>Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6 .</p> <p>Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in di diesem Appendix (<a href="#">Primärappendix</a> und <a href="#">Erweiterungsappendizes</a>) aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).</p> <p>Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest (<a href="#">Liste abrechnungsfähiger Leistungen</a>).</p> <p><del>Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten</del></p>

<p><b><u>Appendix „Chronisch entzündliche Darmerkrankungen“*</u></b></p>	<p><b><u>Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.</u></b></p> <p>Bei Aktualisierungen des EBM innerhalb des jeweiligen Behandlungsumfangs der einzelnen Anlagen und bei Aktualisierungen des Behandlungsumfangs innerhalb einer Anlage richtet sich das weitere Vorgehen nach § 5 Absatz 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V. Bestehen Zweifel im ergBA daran, ob eine neue, gestrichene oder geänderte Leistung im EBM dem Behandlungsumfang einer Anlage zuzurechnen ist, nimmt der G-BA entsprechende Hinweise aus dem ergänzten Bewertungsausschuss entgegen und führt eine Klärung herbei.</p> <p><b><u>Appendix „Chronisch entzündliche Darmerkrankungen“†</u></b></p>
--	--

1268

1269

1270

---

\*Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

†Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

1271 **Anlage 1.2 Schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen**  
1272 **Krankheitsverläufen**

1273

1274 **a) Multiple Sklerose**

1275 [...]

1276 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

1277 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

1278 **Diagnostik**

- 1279 – Allgemeine (zum Beispiel Elektrokardiogramm [EKG]) und spezielle (zum Beispiel
- 1280 transösophageale und transthorakale Echokardiographie, Belastungs-EKG, Langzeit-EKG)
- 1281 Herzfunktionsdiagnostik
- 1282 – Anamnese
- 1283 – Augenärztliche Funktionsuntersuchung (zum Beispiel Gesichtsfeld- und
- 1284 Augenhintergrunduntersuchung)
- 1285 – Bildgebende Verfahren (zum Beispiel Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT, MRT)
- 1286 – Körperliche Untersuchung
- 1287 – Laboruntersuchungen
- 1288 – Liquoruntersuchung
- 1289 – Neurologische Untersuchung
- 1290 – Neurophysiologische Untersuchungen (zum Beispiel Elektroenzephalogramm [EEG],
- 1291 Elektromyographie [EMG], Elektroneurographie [ENG], evozierte Potenziale)
- 1292 – Neuropsychologische Untersuchungen
- 1293 – Psychiatrische Untersuchung
- 1294 – Schluckdiagnostik
- 1295 – Urologische Funktionsuntersuchung (zum Beispiel Restharnbestimmung, Urodynamik)

1296 **Behandlung**

- 1297 – Anlage von Blasenkathetern
- 1298 – Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 1299 – Behandlung in Notfallsituationen
- 1300 – Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten
- 1301 Behandlungsfolgen
- 1302 – Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- 1303 – Einleitung einer Rehabilitation
- 1304 – Kleinchirurgische Eingriffe
- 1305 – Medikamentöse Therapien inklusive Injektionen, Infusionstherapien, intrathekale
- 1306 Pumpenversorgung
- 1307 – Physikalische Therapie
- 1308 – Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 1309 – Schmerztherapie
- 1310 – Wundversorgung

1311 **Beratung**

- 1312 – zur sozialen Integration
- 1313 – zu Diagnostik und Behandlung

- 1314 – zu Heilmitteln
- 1315 – zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 1316 – zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 1317 – zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- 1318 – zu Rehabilitationsangeboten
- 1319 – zu Sexualität und Familienplanung
- 1320 – zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- 1321 – zur Ernährung
- 1322 [...]

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p><b>5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</b></p> <p><b>Präambel</b></p> <p>Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem EBM einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6.</p> <p>Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.</p>	<p><b>DKG</b></p> <p><b>5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</b></p> <p><b>Präambel</b></p> <p>Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem EBM einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6 .</p> <p>Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in d diesem Appendix (<a href="#">Primärappendix</a> und <a href="#">Erweiterungsappendizes</a>) aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).</p> <p>Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87</p>

<p>Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.</p> <p><b><u>Appendix „Multiple Sklerose“*</u></b></p>	<p>Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest (<a href="#">Liste abrechnungsfähiger Leistungen</a>).</p> <p><del>Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.</del></p> <p>Bei Aktualisierungen des EBM innerhalb des jeweiligen Behandlungsumfangs der einzelnen Anlagen und bei Aktualisierungen des Behandlungsumfangs innerhalb einer Anlage richtet sich das weitere Vorgehen nach § 5 Absatz 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V. Bestehen Zweifel im ergBA daran, ob eine neue, gestrichene oder geänderte Leistung im EBM dem Behandlungsumfang einer Anlage zuzurechnen ist, nimmt der G-BA entsprechende Hinweise aus dem ergänzten Bewertungsausschuss entgegen und führt eine Klärung herbei.</p> <p><b><u>Appendix „Multiple Sklerose“*</u></b></p>
--	---

1323  
1324  
1325

---

\*Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

1326 **b) zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)**

1327 *[...]*

1328 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

1329 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

1330 **Diagnostik**

- 1331 – Allgemeine Herzfunktionsdiagnostik (zum Beispiel EKG) und spezielle
- 1332 Herzfunktionsdiagnostik (z. B. transösophageale und transthorakale Echokardiographie)
- 1333 – Anamnese
- 1334 – Bildgebende Diagnostik (zum Beispiel Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT, MRT)
- 1335 – Humangenetische Untersuchungen
- 1336 – Körperliche Untersuchung
- 1337 – Laboruntersuchungen (zum Beispiel immunologische Labordiagnostik, Bestimmung von
- 1338 Arzneimittelspiegeln)
- 1339 – Liquoruntersuchung
- 1340 – Neurologische Untersuchung
- 1341 – Neurophysiologische Untersuchungen (zum Beispiel EEG, EMG, ENG, evozierte
- 1342 Potenziale)
- 1343 – Neuropsychologische Untersuchungen
- 1344 – Psychiatrische Untersuchung

1345 **Behandlung**

- 1346 – Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 1347 – Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- 1348 – Behandlung in Notfallsituationen
- 1349 – Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten
- 1350 Behandlungsfolgen
- 1351 – Einleitung einer Rehabilitation
- 1352 – Kleinchirurgische Eingriffe
- 1353 – Medikamentöse Therapien inkl. Injektionen, Infusionstherapien
- 1354 – Physikalische Therapie
- 1355 – Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 1356 – Wundversorgung

1357 **Beratung**

- 1358 – zu Ausbildung, Beruf und sozialen Aspekten
- 1359 – zu Diagnostik und Behandlung (z.B. auch Epilepsie-Chirurgie)
- 1360 – zu Heilmitteln
- 1361 – zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 1362 – zu humangenetischen Fragestellungen

- 1363 – zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen  
 1364 – zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten  
 1365 – zu Rehabilitationsangeboten  
 1366 – zu Sexualität und Familienplanung  
 1367 – zu Verhalten in Notfallsituationen  
 1368 – zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten  
 1369 – zur Ernährung (z. B. Ketogene Diät)  
 1370 [...]

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p><b>5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</b></p> <p><b>Präambel</b></p> <p>Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6. Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest. Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich</p>	<p><b>DKG</b></p> <p><b>5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</b></p> <p><b>Präambel</b></p> <p>Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6. Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix (<a href="#">Primärappendix</a> und <a href="#">Erweiterungsappendizes</a>) aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2). Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der</p>

<p>den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.  <b><u>Appendix „zerebrale Anfallsleiden“*</u></b></p>	<p>ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest (<a href="#">Liste abrechnungsfähiger Leistungen</a>).  <del>Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.</del>  Bei Aktualisierungen des EBM innerhalb des jeweiligen Behandlungsumfangs der einzelnen Anlagen und bei Aktualisierungen des Behandlungsumfangs innerhalb einer Anlage richtet sich das weitere Vorgehen nach § 5 Absatz 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V. Bestehen Zweifel im ergBA daran, ob eine neue, gestrichene oder geänderte Leistung im EBM dem Behandlungsumfang einer Anlage zuzurechnen ist, nimmt der G-BA entsprechende Hinweise aus dem ergänzten Bewertungsausschuss entgegen und führt eine Klärung herbei..  <b>Appendix „zerebrale Anfallsleiden“*</b></p>
---	--

1371

1372

1373

---

\*Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

1374 **Anlage 2** **Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen**  
1375 **Fallzahlen**

1376 a) **Tuberkulose und atypische Mykobakteriose**

1377 [...]

1378 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

1379 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

1380 **Diagnostik**

- 1381 - Allgemeine Herzfunktionsdiagnostik (z. B. EKG-Untersuchungen)
- 1382 - Anamnese
- 1383 - Augenärztliche Funktionsuntersuchung (z. B. Prüfung des Farbsinns, Funduskopie)
- 1384 - Blutgasanalyse
- 1385 - Bildgebende Diagnostik (z. B. Röntgenuntersuchungen, CT-/MRT-Untersuchungen,
- 1386 Sonographie)
- 1387 - Endoskopie des Respirationstraktes, des Gastrointestinaltraktes, des Urogenitaltraktes
- 1388 einschließlich interventioneller Verfahren (z. B. laryngoskopische und bronchoskopische
- 1389 Untersuchungen, Gastroskopie, Koloskopie, Urethrozystoskopie)
- 1390 - Histologische und zytologische Untersuchungen von Geweben und Sekreten
- 1391 - HNO-ärztliche Funktionsuntersuchung (z. B. Hörschwellenbestimmung,
- 1392 Tonschwellenaudiometrie, Sprachaudiometrie)
- 1393 - Körperliche Untersuchung
- 1394 - Laboruntersuchungen (z. B. phänotypische Resistenztestung, ausgewählte
- 1395 molekularbiologische Schnellresistenztestverfahren, Kontrolle von
- 1396 Medikamentenserspiegeln)
- 1397 - Lungenfunktionsmessungen
- 1398 - Makroskopische und mikroskopische Untersuchung beim Patienten entnommenen
- 1399 Materials
- 1400 - Punktionen, Biopsien
- 1401 - Quantitative Bestimmung einer in-vitro Interferon-gamma Freisetzung nach ex-vivo
- 1402 Stimulation mit Antigenen im Rahmen einer differenzierten Tbc-Diagnostik
- 1403 - Tuberkulintest

1404 **Behandlung**

- 1405 - Anlage von fixierenden Verbänden
- 1406 - Ausstellen z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 1407 - Behandlung in Notfallsituationen
- 1408 - Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten
- 1409 Behandlungsfolgen
- 1410 - Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- 1411 - Bougierung der Harnröhre
- 1412 - Chemoprophylaxe/Chemoprävention
- 1413 - Einlage von Blasenkathetern
- 1414 - Einlage von Schienenkathetern
- 1415 - Einleitung der Rehabilitation
- 1416 - Kleinchirurgische Eingriffe
- 1417 - Medikamentöse Therapien, inklusive Infusionstherapie und gegebenenfalls kontrollierte
- 1418 Medikamenteneinnahme (inklusive DOTS=directly observed treatment short course)

- 1419 - Physikalische Therapie inklusive Inhalationstherapie
- 1420 - Punktion und Drainagetherapie
- 1421 - Schmerztherapie
- 1422 - Transfusionen
- 1423 - Wundversorgung
  
- 1424 **Beratung**
- 1425 - zu Diagnostik und Behandlung
- 1426 - zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 1427 - zu Infektionsschutzmaßnahmen
- 1428 - zu Medikamentengabe, Nebenwirkungen und Resistenzen
- 1429 - zu Rehabilitationsangeboten
- 1430 - zu sozialen Beratungsangeboten, auch zu Angeboten des Öffentlichen
- 1431 Gesundheitsdienstes (ÖGD)
- 1432 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- 1433 **[...]**

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p><b>5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</b></p> <p><b>Präambel</b></p> <p>Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6.</p>	<p><b>DKG</b></p> <p><b>5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</b></p> <p><b>Präambel</b></p> <p>Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6 .</p>

<p>Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest. Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.</p> <p><b><u>Appendix „Tuberkulose und atypische Mykobakteriose“*</u></b></p>	<p>Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix (<a href="#">Primärappendix</a> und <a href="#">Erweiterungsappendizes</a>) aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).</p> <p>Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest (<a href="#">Liste abrechnungsfähiger Leistungen</a>).</p> <p><del>Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.</del></p> <p>Bei Aktualisierungen des EBM innerhalb des jeweiligen Behandlungsumfangs der einzelnen Anlagen und bei Aktualisierungen des Behandlungsumfangs innerhalb einer Anlage richtet sich das weitere Vorgehen nach § 5 Absatz 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V. Bestehen Zweifel im ergBA daran, ob eine neue, gestrichene oder geänderte Leistung im EBM dem Behandlungsumfang einer Anlage zuzurechnen ist, nimmt der G-BA entsprechende Hinweise aus dem ergänzten Bewertungsausschuss entgegen und führt eine Klärung herbei.</p> <p><b><u>Appendix „Tuberkulose und atypische Mykobakteriose“*</u></b></p>
--	--

1434

1435

1436

---

\*Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

1437 **b) Mukoviszidose**1438 **[...]**1439 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

1440 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

1441 **Diagnostik**

- 1442 - Allergiediagnostik (z. B. Intracutantest)
- 1443 - Allgemeine Herzfunktionsdiagnostik (z. B. EKG) und spezielle Herzfunktionsdiagnostik
- 1444 (z. B. Echokardiographie, Belastungs-EKG)
- 1445 - Anamnese
- 1446 - Bildgebende Diagnostik (z. B. Sonographie, Röntgenuntersuchung, CT, MRT,
- 1447 Osteodensitometrie)
- 1448 - Endoskopie des Gastrointestinaltraktes (z. B. ERCP), des Respirationstraktes (z. B.
- 1449 Bronchoskopie, bronchoalveoläre Lavage) und der Nasennebenhöhlen
- 1450 - Histologische und zytologische Untersuchungen von Geweben und Sekreten
- 1451 - HNO-ärztliche Funktionsuntersuchung (z. B. Audiometrie)
- 1452 - Humangenetische Untersuchungen
- 1453 - Körperliche Untersuchung
- 1454 - Laboruntersuchungen (z. B. Sputumuntersuchung auf Erreger und Resistenz,
- 1455 Glukosebestimmung)
- 1456 - Makroskopische und mikroskopische Untersuchung bei einer Patientin und bei einem
- 1457 Patienten entnommenen Materials
- 1458 - Pulmonale Funktionsdiagnostik
- 1459 - Schweißtest
- 1460 - Tuberkulintest

1461 **Behandlung**

- 1462 - Ausstellen, z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 1463 - Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- 1464 - Behandlung in Notfallsituationen
- 1465 - Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten
- 1466 Behandlungsfolgen
- 1467 - Einleitung der Rehabilitation
- 1468 - Medikamentöse Therapien inklusive Inhalations- und Infusionstherapie
- 1469 - Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG)
- 1470 - Physikalische Therapie
- 1471 - Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 1472 - Therapeutische Punktionen und Drainagen

1473 **Beratung**

- 1474 - zu Diagnostik und Behandlung
- 1475 - zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 1476 - zu humangenetischen Fragestellungen
- 1477 - zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen

- 1478 - zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten  
 1479 - zu Rehabilitationsangeboten  
 1480 - zu Sexualität und Familienplanung  
 1481 - zu sozialen Beratungsangeboten  
 1482 - zu Verhalten in Notfallsituationen; die Information kann z. B. mittels eines  
 1483 Notfallausweises erfolgen  
 1484 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten  
 1485 - zur Ernährung  
 1486 - zur Prävention von Infektionen und zur Besiedlung mit pathogenen Keimen (z. B. PSAE,  
 1487 MRSA, Cepacia-Komplex; Aspergillen)  
 1488 [...]

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p><b>5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</b></p> <p><b>Präambel</b></p> <p>Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6.</p> <p>Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.</p>	<p><b>DKG</b></p> <p><b>5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</b></p> <p><b>Präambel</b></p> <p>Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6 .</p> <p>Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in d diesem Appendix (<a href="#">Primärappendix</a> und <a href="#">Erweiterungsappendizes</a>) aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).</p>

<p>Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.</p> <p><b><u>Appendix „Mukoviszidose“*</u></b></p>	<p>Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest (<a href="#">Liste abrechnungsfähiger Leistungen</a>).</p> <p><del>Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.</del></p> <p>Bei Aktualisierungen des EBM innerhalb des jeweiligen Behandlungsumfangs der einzelnen Anlagen und bei Aktualisierungen des Behandlungsumfangs innerhalb einer Anlage richtet sich das weitere Vorgehen nach § 5 Absatz 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V. Bestehen Zweifel im ergBA daran, ob eine neue, gestrichene oder geänderte Leistung im EBM dem Behandlungsumfang einer Anlage zuzurechnen ist, nimmt der G-BA entsprechende Hinweise aus dem ergänzten Bewertungsausschuss entgegen und führt eine Klärung herbei.</p> <p><b><u>Appendix „Mukoviszidose“*</u></b></p>
--	---

1489

---

\*Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

1490 **c) Hämophilie**

1491 *[...]*

1492 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

1493 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

1494 **Diagnostik**

- 1495 - Anamnese
- 1496 - Bildgebende Diagnostik (z. B. Sonographie, Röntgenuntersuchung, CT, MRT)
- 1497 - Endoskopie des Gastrointestinaltraktes (z. B. Gastroskopie, Koloskopie)
- 1498 - humangenetische Untersuchungen
- 1499 - Infektionsdiagnostik (z. B. HIV, Hepatitis B und C)
- 1500 - Körperliche Untersuchung
- 1501 - Laboruntersuchungen (z. B. Klinische Chemie und Blutbild, Blutgruppenbestimmung und weitere immunhämatologische Diagnostik, umfassende Gerinnungsdiagnostik mit
- 1502 Einzelfaktorbestimmungen, Hemmkörperbestimmung- und Titration, immunologische
- 1503 und HLA-Diagnostik)
- 1504

1505 **Behandlung**

- 1506 - Ausstellen, z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 1507 - Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- 1508 - Behandlung in Notfallsituationen
- 1509 - Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten
- 1510 Behandlungsfolgen
- 1511 - Einleitung der Rehabilitation
- 1512 - Gerinnungstherapie
- 1513 - Medikamentöse Therapien
- 1514 - Orthopädisch-unfallchirurgische Intervention
- 1515 - Physikalische Therapie
- 1516 - Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 1517 - Transfusion von Blutkomponenten

1518 **Beratung**

- 1519 - zu Diagnostik, Behandlung und Therapiewahl (z. B. Immuntoleranz, Prophylaxe vs.
- 1520 Bedarfsmedikation, Heimselbstbehandlung)
- 1521 - zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 1522 - zu humangenetischen Fragestellungen
- 1523 - zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 1524 - zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- 1525 - zu Rehabilitationsangeboten
- 1526 - zu Sexualität und Familienplanung (einschließlich Zyklusregulation)
- 1527 - zu sozialen Beratungsangeboten
- 1528 - zu Verhalten in Notfallsituationen: Die Information erfolgt mittels eines Notfallausweises.
- 1529 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- 1530 - zur Ernährung

- 1531 - zur Kontrolle der Physiotherapie  
 1532 - zur Präparatewahl (Heimselfbehandlung, rekombinante vs. Plasmapräparate, Dosis)  
 1533 - zur Prävention  
 1534 - zur Schulung von Patientinnen und Patienten und Personen aus dem häuslichen Umfeld in  
 1535 Bezug auf die Heimselfbehandlung  
 1536 - zur Zahnextraktion  
 1537 [...]

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p><b>5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</b></p> <p><b>Präambel</b></p> <p>Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6.</p> <p>Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest. Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten</p>	<p><b>DKG</b></p> <p><b>5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</b></p> <p><b>Präambel</b></p> <p>Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6 .</p> <p>Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in d diesem Appendix (<a href="#">Primärappendix</a> und <a href="#">Erweiterungsappendizes</a>) aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).</p> <p>Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87</p>

<p>Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.  <u>Appendix „Hämophilie“*</u></p>	<p>Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest (<a href="#">Liste abrechnungsfähiger Leistungen</a>).  <del>Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.</del>  Bei Aktualisierungen des EBM innerhalb des jeweiligen Behandlungsumfangs der einzelnen Anlagen und bei Aktualisierungen des Behandlungsumfangs innerhalb einer Anlage richtet sich das weitere Vorgehen nach § 5 Absatz 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V. Bestehen Zweifel im ergBA daran, ob eine neue, gestrichene oder geänderte Leistung im EBM dem Behandlungsumfang einer Anlage zuzurechnen ist, nimmt der G-BA entsprechende Hinweise aus dem ergänzten Bewertungsausschuss entgegen und führt eine Klärung herbei.  <u>Appendix „Hämophilie“*</u></p>
--	---

1538

1539

1540

---

\*Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

1541 **d) neuromuskuläre Erkrankungen**1542 **[...]**1543 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

1544 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

1545 **Diagnostik**

- 1546 - Allgemeine (z. B. EKG) und spezielle (z. B. transösophageale und transthorakale
- 1547 Echokardiographie, Rechtsherzkatheteruntersuchung) Herzfunktionsdiagnostik
- 1548 - Anamnese
- 1549 - Augenärztliche Funktionsuntersuchung (z. B. Spaltlampenuntersuchung,
- 1550 Augenhintergrunduntersuchung, Hornhautradienmessung, Augendruckbestimmung
- 1551 (Verlauf), Ultraschalluntersuchung des Auges)
- 1552 - Bildgebende Diagnostik (z. B. Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT, MRT,
- 1553 Osteodensitometrie)
- 1554 - Humangenetische Untersuchungen
- 1555 - Körperliche Untersuchung
- 1556 - Laboruntersuchungen, insbesondere immunologische Labordiagnostik
- 1557 - Lungenfunktionsdiagnostik
- 1558 - Makroskopische und mikroskopische, histologische und zytologische Untersuchungen bei
- 1559 Patienten entnommenen Materials
- 1560 - Molekulargenetische Untersuchungen
- 1561 - Neurophysiologische Untersuchungen (z. B. EMG, ENG, evozierte Potenziale)
- 1562 - Punktionen und Biopsien
- 1563 - Schluckdiagnostik

1564 **Behandlung**

- 1565 - Ausstellen, z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 1566 - Beratung und Anleitung zum Umgang mit Tracheostoma
- 1567 - Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- 1568 - Behandlung in Notfallsituationen
- 1569 - Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten
- 1570 Behandlungsfolgen
- 1571 - Einleitung der Rehabilitation
- 1572 - Kleinchirurgische Eingriffe
- 1573 - Medikamentöse Therapien inklusive Infusionstherapie
- 1574 - Perkutane Gastrostomie
- 1575 - Physikalische Therapie
- 1576 - Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 1577 - Schmerztherapie

1578 **Beratung**

- 1579 - zu Diagnostik und Behandlung
- 1580 - zu Heilmitteln
- 1581 - zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 1582 - zu humangenetischen Fragestellungen

- 1583 - zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 1584 - zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- 1585 - zur Ernährung
- 1586 - zur operativen Versorgung
- 1587 - zu Rehabilitationsangeboten
- 1588 - zu Sexualität und Familienplanung
- 1589 - zu Verhalten in Notfallsituationen
- 1590 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p><del>Weitere spezifische Leistungen: Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind:</del></p>	<p><b>DKG</b></p> <p>Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind:</p>

- 1591 - Intrathekale Therapie bei Spinaler Muskelatrophie
- 1592 - PET; PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose-Positronenemissionstomographie (FDG-PET)
- 1593
- 1594 - bei Myasthenia gravis und unklarem Mediastinaltumor oder begründetem Verdacht auf ein Thymomrezidiv,
- 1595
- 1596 - bei gesichertem Lambert-Eaton-Myasthenie-Syndrom zum Ausschluss einer paraneoplastischen Genese bei kleinzelligem Bronchialkarzinom,
- 1597
- 1598 - bei Dermatomyositis-Polymyositis zum Ausschluss einer paraneoplastischen Genese
- 1599 und negativem oder unklarem Befund nach konventioneller Diagnostik (wie Thorax-CT, -
- 1600 MRT von Thorax, Abdomen, kleinem Becken, Bronchoskopie, Koloskopie,
- 1601 Antikörperdiagnostik)
- 1602 **[...]**

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p><b>5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</b></p> <p><b>Präambel</b></p> <p>Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1</p>	<p><b>DKG</b></p> <p><b>5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</b></p> <p><b>Präambel</b></p> <p>Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1</p>

<p>Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6.</p> <p>Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).</p> <p>Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.</p> <p>Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.</p> <p><b><u>Appendix „Neuromuskuläre Erkrankungen“*</u></b></p>	<p>Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6 .</p> <p>Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in d diesem Appendix (<a href="#">Primärappendix</a> und <a href="#">Erweiterungsappendizes</a>) aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).</p> <p>Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest (<a href="#">Liste abrechnungsfähiger Leistungen</a>).</p> <p><del>Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.</del></p> <p><a href="#">Bei Aktualisierungen des EBM innerhalb des jeweiligen Behandlungsumfangs der einzelnen Anlagen und bei Aktualisierungen des Behandlungsumfangs innerhalb einer Anlage richtet sich das weitere Vorgehen nach § 5 Absatz 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V. Bestehen Zweifel im ergBA daran, ob eine neue, gestrichene oder geänderte Leistung im EBM dem Behandlungsumfang einer Anlage zuzurechnen ist, nimmt der G-BA</a></p>
---	---

\*Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

	<p>entsprechende Hinweise aus dem ergänzten Bewertungsausschuss entgegen und führt eine Klärung herbei..</p> <p><b><u>Appendix</u></b> „<b><u>Neuromuskuläre Erkrankungen</u></b>“*</p>
--	---

1603

1604

---

\*Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

1605 **e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen**1606 **Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose**1607 **[...]**1608 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

1609 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

1610 **Diagnostik**

- 1611 - Allgemeine (zum Beispiel EKG) und spezielle (zum Beispiel transösophageale und
- 1612 transthorakale Echokardiographie, Belastungs-EKG, Rechtsherzkatheteruntersuchung)
- 1613 Herzfunktionsdiagnostik
- 1614 - Anamnese
- 1615 - Augenärztliche Untersuchungen (zum Beispiel Augenhintergrunduntersuchung, Visus-
- 1616 und Refraktionsbestimmung, Spaltlampenmikroskopie, Tonometrie, Perimetrie,
- 1617 Schirmertest, Augendruckmessung)
- 1618 - Bildgebende Diagnostik (zum Beispiel Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT, MRT
- 1619 inklusive kardiale Bildgebung, nuklearmedizinische Untersuchungen)
- 1620 - Endoskopische Diagnostik einschließlich interventioneller Verfahren
- 1621 - Körperliche Untersuchung
- 1622 - Laboruntersuchungen, insbesondere immunologische Labordiagnostik, Serologischer und
- 1623 mikrobiologischer Nachweis von Krankheitserregern einschließlich gegebenenfalls
- 1624 Resistenzbestimmung
- 1625 - Liquordiagnostik
- 1626 - Makroskopische und mikroskopische, histologische und zytologische Untersuchungen bei
- 1627 Patienten entnommenen Materials
- 1628 - Neurophysiologische Untersuchungen
- 1629 - Pulmonale Funktionsdiagnostik
- 1630 - Punktionen und Biopsien

1631 **Behandlung**

- 1632 - Ausstellen zum Beispiel von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 1633 - Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- 1634 - Behandlung in Notfallsituationen
- 1635 - Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten
- 1636 Behandlungsfolgen
- 1637 - Einleitung der Rehabilitation
- 1638 - Kleinchirurgische Eingriffe
- 1639 - Medikamentöse Therapien inklusive Infusionstherapie
- 1640 - Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 1641 - Schmerztherapie

1642 **Beratung**

- 1643 - zu Diagnostik und Behandlung
- 1644 - zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch

- 1645 - zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 1646 - zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- 1647 - zu Rehabilitationsangeboten
- 1648 - zu Sexualität und Familienplanung
- 1649 - zu Verhalten in Notfallsituationen
- 1650 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- 1651 - zur Ernährung

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>Weitere spezifische Leistungen: <del>Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind:</del></p>	<p><b>DKG</b></p> <p>Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind:</p>

- 1652 - PET; PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose-Positronenemissionstomographie (FDG-PET)
- 1653 oder PET; PET/CT mit radioaktiv markierten Somatostatin-Rezeptor-Liganden wie Ga-68-
- 1654 DOTA-NOC
- 1655 - bei bereits nachgewiesener extrakardialer Sarkoidose mit unklaren, neu aufgetretenen
- 1656 kardialen Symptomen oder Auffälligkeiten in der Echokardiographie, im EKG oder 24h-
- 1657 EKG,
- 1658 - bei unklarer Rhythmusstörung oder Herzinsuffizienz im jüngeren Lebensalter und
- 1659 Verdacht auf Sarkoidose
- 1660 als komplementäre Diagnostik zu einem weiterhin unklaren kardialen bildgebenden
- 1661 Befund oder wenn ein MRT kontraindiziert ist
- 1662 [...]

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p><b>5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</b></p> <p><b>Präambel</b></p> <p>Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4</p>	<p><b>DKG</b></p> <p><b>5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</b></p> <p><b>Präambel</b></p> <p>Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4</p>

<p>SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6.</p> <p>Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).</p> <p>Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.</p> <p>Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.</p> <p><b><u>Appendix „Sarkoidose“ *</u></b></p>	<p>SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6 .</p> <p>Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix (<a href="#">Primärappendix</a> und <a href="#">Erweiterungsappendizes</a>) aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).</p> <p>Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest (<a href="#">Liste abrechnungsfähiger Leistungen</a>).</p> <p><del>Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.</del></p> <p><a href="#">Bei Aktualisierungen des EBM innerhalb des jeweiligen Behandlungsumfangs der einzelnen Anlagen und bei Aktualisierungen des Behandlungsumfangs innerhalb einer Anlage richtet sich das weitere Vorgehen nach § 5 Absatz 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V. Bestehen Zweifel im ergBA daran, ob eine neue, gestrichene oder geänderte Leistung im EBM dem Behandlungsumfang einer Anlage zuzurechnen ist, nimmt der G-BA entsprechende Hinweise aus dem ergänzten</a></p>
--	---

\*Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

	<p>Bewertungsausschuss entgegen und führt eine Klärung herbei. <b><u>Appendix „Sarkoidose“*</u></b></p>
--	---

1663

1664

1665

---

*\*Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.*

1666 **f) biliäre Zirrhose [unbesetzt]\***

1667

---

*\* Hinweis: Die biliäre Zirrhose wurde mit G-BA-Beschluss vom 17. Mai 2018 in der Anlage 2o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen abgebildet.*

1668 g) **primär sklerosierende Cholangitis [unbesetzt]\***

1669

---

\* Hinweis: Die primär sklerosierende Cholangitis wurde mit G-BA-Beschluss vom 17. Mai 2018 in der Anlage 2o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen abgebildet.

1670 **h) Morbus Wilson**1671 **[...]**1672 **2 Behandlungsumfang** (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

1673 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

1674 **Diagnostik**

- 1675 - Allgemeine Herzfunktionsdiagnostik (z. B. EKG)
- 1676 - Anamnese
- 1677 - Bildgebende Diagnostik (z. B. Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT, MRT)
- 1678 - Biopsien und Punktionen
- 1679 - Elektrophysiologische Untersuchungen (EEG, evozierte Potentiale)
- 1680 - Endoskopie des Gastrointestinaltrakts einschließlich interventioneller Verfahren (z. B. ERCP, Ösophagogastroduodenoskopie, Koloskopie)
- 1681
- 1682 - Körperliche Untersuchung
- 1683 - Laboruntersuchungen
- 1684 - Makroskopische, mikroskopische, zytologische und histologische Untersuchungen bei
- 1685 Patienten entnommenen Materials
- 1686 - Mutationsdiagnostik

1687 **Behandlung**

- 1688 - Ausstellen z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 1689 - Behandlung in Notfallsituationen
- 1690 - Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten
- 1691 Behandlungsfolgen
- 1692 - Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- 1693 - Einleitung der Rehabilitation
- 1694 - Medikamentöse Therapien
- 1695 - Physikalische Therapie
- 1696 - Psychiatrische und/oder psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 1697 - Therapeutische Punktionen

1698 **Beratung**

- 1699 - zu Diagnostik und Behandlung
- 1700 - zu humangenetischen Fragestellungen
- 1701 - zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen (z. B. im Zusammenhang mit Sexualität und
- 1702 Familienplanung)
- 1703 - zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- 1704 - zu Rehabilitationsangeboten
- 1705 - zu Verhalten in Notfallsituationen
- 1706 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- 1707 - zur Ernährung

1708

1709

Folgedissens zu § 5 Absatz 1	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p>Weitere spezifische Leistungen: <del>Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind:</del></p>	<p><b>DKG</b></p> <p>Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind:</p>

- 1710 - Transiente Elastographie bei gesicherter Diagnose mit dem Ziel der Verlaufskontrolle und  
 1711 Frequenzreduktion von Leberbiopsien bis zu zweimal jährlich

1712 [...]

Folgedissens zu § 5 Absatz 1	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p><b>5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</b></p> <p><b>Präambel</b></p> <p>Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6.</p> <p>Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).</p>	<p><b>DKG</b></p> <p><b>5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</b></p> <p><b>Präambel</b></p> <p>Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6 .</p> <p>Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in d diesem Appendix <b>(Primärappendix und Erweiterungsappendizes)</b> aufgeführten</p>

<p>Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest. Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.</p> <p><b><u>Appendix „Morbus Wilson“*</u></b></p>	<p>Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).</p> <p>Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest (<a href="#">Liste abrechnungsfähiger Leistungen</a>).</p> <p><del>Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.</del></p> <p>Bei Aktualisierungen des EBM innerhalb des jeweiligen Behandlungsumfangs der einzelnen Anlagen und bei Aktualisierungen des Behandlungsumfangs innerhalb einer Anlage richtet sich das weitere Vorgehen nach § 5 Absatz 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V. Bestehen Zweifel im ergBA daran, ob eine neue, gestrichene oder geänderte Leistung im EBM dem Behandlungsumfang einer Anlage zuzurechnen ist, nimmt der G-BA entsprechende Hinweise aus dem ergänzten Bewertungsausschuss entgegen und führt eine Klärung herbei..</p> <p><b><u>Appendix „Morbus Wilson“*</u></b></p>
---	--

1713

1714

1715

---

\*Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

1716 **k) Marfan-Syndrom**1717 **[...]**1718 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

1719 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

1720 **Diagnostik**

- 1721 - Allgemeine (z. B. EKG-Untersuchungen) und spezielle (z. B. transösophageale und
- 1722 transthorakale Echokardiographie, Belastungs-EKG) Herzfunktionsdiagnostik
- 1723 - Anamnese
- 1724 - Augenärztliche Funktionsuntersuchung (z. B. Spaltlampenuntersuchung,
- 1725 Augenhintergrunduntersuchung, Hornhautradienmessung, Augendruckbestimmung
- 1726 (Verlauf), Ultraschalluntersuchung des Auges)
- 1727 - Bildgebende Diagnostik (z. B. Röntgenuntersuchungen, CT/MRT-Untersuchungen,
- 1728 Sonographie)
- 1729 - Humangenetische Untersuchungen
- 1730 - Körperliche Untersuchung
- 1731 - Laboruntersuchungen
- 1732 - Lungenfunktionsmessungen
- 1733 - Orthopädische Funktionsdiagnostik

1734 **Behandlung**

- 1735 - Anlage von fixierenden Verbänden
- 1736 - Ausstellen z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 1737 - Behandlung in Notfallsituationen
- 1738 - Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten
- 1739 Behandlungsfolgen
- 1740 - Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- 1741 - Einleitung der Rehabilitation
- 1742 - Medikamentöse Therapien
- 1743 - Physikalische Therapie
- 1744 - Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 1745 - Schmerztherapie
- 1746 - Sexualberatung und Familienplanung

1747 **Beratung**

- 1748 - zu Diagnostik und Behandlung
- 1749 - zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 1750 - zu humangenetischen Fragestellungen
- 1751 - zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 1752 - zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- 1753 - zu Rehabilitationsangeboten
- 1754 - zu sozialen Beratungsangeboten
- 1755 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten

1756 [...]

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p><b>5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</b></p> <p><b>Präambel</b></p> <p>Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6.</p> <p>Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.</p> <p>Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.</p>	<p><b>DKG</b></p> <p><b>5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</b></p> <p><b>Präambel</b></p> <p>Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6.</p> <p>Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix (<a href="#">Primärappendix</a> und <a href="#">Erweiterungsappendizes</a>) aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).</p> <p>Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest (<a href="#">Liste abrechnungsfähiger Leistungen</a>).</p> <p><del>Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten</del></p>

<p><b><u>Appendix „Marfan-Syndrom“*</u></b></p>	<p><del>Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.</del>  Bei Aktualisierungen des EBM innerhalb des jeweiligen Behandlungsumfangs der einzelnen Anlagen und bei Aktualisierungen des Behandlungsumfangs innerhalb einer Anlage richtet sich das weitere Vorgehen nach § 5 Absatz 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V. Bestehen Zweifel im ergBA daran, ob eine neue, gestrichene oder geänderte Leistung im EBM dem Behandlungsumfang einer Anlage zuzurechnen ist, nimmt der G-BA entsprechende Hinweise aus dem ergänzten Bewertungsausschuss entgegen und führt eine Klärung herbei.</p> <p><b><u>Appendix „Marfan-Syndrom“†</u></b></p>
---	--

1757

1758

---

\*Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

†Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

1759

1760 **I) pulmonale Hypertonie**1761 **[...]**1762 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

1763 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

1764 **Diagnostik**

- 1765 - Anamnese
- 1766 - Allgemeine Herzfunktionsdiagnostik (z. B. EKG) und spezielle Herzfunktionsdiagnostik
- 1767 (z. B. transösophageale [TEE] und transthorakale [TTE] Echokardiographie, Belastungs-
- 1768 EKG, Rechtsherzkatheter [gegebenenfalls mit pharmakologischer Testung])
- 1769 - Bildgebende Diagnostik (z. B. Röntgenuntersuchung, Sonographie, Doppleruntersuchung,
- 1770 Ventilations-Perfusions-Szintigraphie, CT, MRT, Pulmonalarterienangiographie,
- 1771 Myokardszintigraphie)
- 1772 - Endoskopie des oberen Gastrointestinaltraktes
- 1773 - Endoskopie des Respirationstraktes
- 1774 - Humangenetische Untersuchungen (z. B. BMPR2, ALK1)
- 1775 - Körperliche Untersuchung
- 1776 - Laboruntersuchungen (z. B. Blutgasanalyse)
- 1777 - Lungenfunktionsmessungen (z. B. Diffusionskapazitätsanalyse der Lunge für
- 1778 Kohlenmonoxid [DLCO])
- 1779 - Polygraphie und Polysomnographie im Rahmen der Differenzialdiagnostik und Therapie
- 1780 der schlafbezogenen Atmungsstörungen
- 1781 - Spiroergometrie

1782 **Behandlung**

- 1783 - Ausstellen z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 1784 - Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- 1785 - Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten
- 1786 Behandlungsfolgen
- 1787 - Behandlung in Notfallsituationen
- 1788 - Einleitung der Rehabilitation
- 1789 - Medikamentöse Therapien inklusive Inhalations- und Infusionstherapie
- 1790 - Physikalische Therapie
- 1791 - Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 1792 - Therapeutische Punktionen und Drainagen

1793 **Beratung**

- 1794 - zu Diagnostik und Behandlung
- 1795 - zu Hilfsmitteln inklusive Anleitung zum Gebrauch
- 1796 - zu humangenetischen Fragestellungen
- 1797 - zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen
- 1798 - zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- 1799 - zu Rehabilitationsangeboten

- 1800 - zu sozialen Beratungsangeboten  
 1801 - zu Verhalten in Notfallsituationen. Die Information kann z. B. mittels eines  
 1802 Notfallausweises erfolgen  
 1803 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten  
 1804 [...]

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p><b>5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</b></p> <p><b>Präambel</b></p> <p>Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6.</p> <p>Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.</p> <p>Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.</p>	<p><b>DKG</b></p> <p><b>5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</b></p> <p><b>Präambel</b></p> <p>Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6 .</p> <p>Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix (<a href="#">Primärappendix</a> und <a href="#">Erweiterungsappendizes</a>) aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).</p> <p>Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen</p>

<p><b><u>Appendix „pulmonale Hypertonie“*</u></b></p>	<p>Leistungen und legt deren Bewertung fest (Liste abrechnungsfähiger Leistungen).</p> <p><del>Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.</del></p> <p>Bei Aktualisierungen des EBM innerhalb des jeweiligen Behandlungsumfangs der einzelnen Anlagen und bei Aktualisierungen des Behandlungsumfangs innerhalb einer Anlage richtet sich das weitere Vorgehen nach § 5 Absatz 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V. Bestehen Zweifel im ergBA daran, ob eine neue, gestrichene oder geänderte Leistung im EBM dem Behandlungsumfang einer Anlage zuzurechnen ist, nimmt der G-BA entsprechende Hinweise aus dem ergänzten Bewertungsausschuss entgegen und führt eine Klärung herbei.</p> <p><b><u>Appendix „pulmonale Hypertonie“*</u></b></p>
---	---

1805

---

\*Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.

1806 **o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen**1807 *[...]*1808 **2 Behandlungsumfang (jeweils in alphabetischer Reihenfolge)**

1809 Zur Diagnostik und Behandlung werden im Allgemeinen folgende Leistungen erbracht:

1810 **Diagnostik**

- 1811 - Allgemeine Herzfunktionsdiagnostik (z. B. EKG)
- 1812 - Anamnese
- 1813 - Bildgebende Diagnostik (z. B. Ultraschalluntersuchungen, Röntgen, CT, MRT,
- 1814 Osteodensitometrie)
- 1815 - Biopsien und Punktionen
- 1816 - Endoskopie des Gastrointestinaltraktes einschließlich interventioneller Verfahren (z. B.
- 1817 ERCP, Ösophagogastroduodenoskopie, Koloskopie)
- 1818 - Körperliche Untersuchung
- 1819 - Laboruntersuchungen
- 1820 - Makroskopische, mikroskopische, histologische und zytologische Untersuchungen bei
- 1821 Patienten entnommenen Materials (z. B. Gewebe, Sekrete)

1822 **Behandlung**

- 1823 - Ausstellen, z. B. von Bescheinigungen, Anträgen, Berichten
- 1824 - Behandlungsplanung, -durchführung und -kontrolle
- 1825 - Behandlung in Notfallsituationen
- 1826 - Behandlung von Therapienebenwirkungen, Komplikationen und akuten unerwünschten
- 1827 Behandlungsfolgen
- 1828 - Einleitung der Rehabilitation
- 1829 - Medikamentöse Therapien inklusive Infusionstherapie
- 1830 - Physikalische Therapie
- 1831 - Psychotherapeutische Beratung und Betreuung
- 1832 - Therapeutische Punktionen und Drainagen

1833 **Beratung**

- 1834 - zu Diagnostik und Behandlung
- 1835 - zu Medikamentengabe und Nebenwirkungen (z. B. im Zusammenhang mit Sexualität und
- 1836 Familienplanung)
- 1837 - zu psycho-sozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten
- 1838 - zu Rehabilitationsangeboten
- 1839 - zu Verhalten in Notfallsituationen
- 1840 - zu vorhandenen Selbsthilfeangeboten
- 1841 - zur Ernährung

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<b>GKV-SV, KBV</b>	<b>DKG</b>
<b>Weitere spezifische Leistungen:</b> <del>Folgende</del>	

<del>Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind:</del>	Folgende Leistungen, die bislang nicht Bestandteil des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind:
---	---

- 1842 - Transiente Elastographie bei gesicherter Diagnose mit dem Ziel der Verlaufskontrolle und  
 1843 Frequenzreduktion von Leberbiopsien bis zu zweimal jährlich

1844 [...]

<i>Folgedissens zu § 5 Absatz 1</i>	
<p><b>GKV-SV, KBV</b></p> <p><b>5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</b></p> <p><b>Präambel</b></p> <p>Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6.</p> <p>Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).</p> <p>Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen Leistungen und legt deren Bewertung fest.</p>	<p><b>DKG</b></p> <p><b>5 Appendix (Spezifizierung des Behandlungsumfangs anhand des EBM)</b></p> <p><b>Präambel</b></p> <p>Die Leistungsbeschreibungen der nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen (GOP) definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (ASV) (Abschnitt 1). Sie basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2023 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2023, ergänzt um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 671. Sitzung zu Änderungen in den Abschnitten 25.3.2 und 25.3.4 sowie in seiner 681. Sitzung zur Änderung in dem Abschnitt 1.6 .</p> <p>Zum Behandlungsumfang der ASV zählen zusätzlich die in diesem Appendix <b>(Primärappendix und Erweiterungsappendizes)</b> aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2).</p> <p>Auf der Grundlage des definierten Behandlungsumfangs bestimmt gemäß § 116b Absatz 6 Satz 8 und 9 SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V die abrechnungsfähigen</p>

<p>Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.</p> <p><b><u>Appendix „ausgewählte seltene Lebererkrankungen“<sup>1*</sup></u></b></p>	<p>Leistungen und legt deren Bewertung fest (<a href="#">Liste abrechnungsfähiger Leistungen</a>).</p> <p><del>Bei Aktualisierungen des EBM prüft der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich den Anpassungsbedarf des Appendix. Hierfür nimmt er Hinweise des ergänzten Bewertungsausschusses zu etwaigem Anpassungsbedarf des Appendix auf.</del></p> <p>Bei Aktualisierungen des EBM innerhalb des jeweiligen Behandlungsumfangs der einzelnen Anlagen und bei Aktualisierungen des Behandlungsumfangs innerhalb einer Anlage richtet sich das weitere Vorgehen nach § 5 Absatz 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V. Bestehen Zweifel im ergBA daran, ob eine neue, gestrichene oder geänderte Leistung im EBM dem Behandlungsumfang einer Anlage zuzurechnen ist, nimmt der G-BA entsprechende Hinweise aus dem ergänzten Bewertungsausschuss entgegen und führt eine Klärung herbei.</p> <p><b><u>Appendix „ausgewählte seltene Lebererkrankungen“<sup>1*</sup></u></b></p>
--	--

1845

*\*Redaktioneller Hinweis: Die Listen der abrechenbaren Gebührenordnungspositionen zur jeweiligen erkrankungsspezifischen Regelung (Appendix) sind aus technischen Gründen in gesonderten PDF-Dateien dargestellt.*



**Bundesärztekammer**  
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Berlin, 05.08.2024

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin  
www.baek.de

**Dezernat 3**  
**Qualitätsmanagement,**  
**Qualitätssicherung und**  
**Patientensicherheit**

Fon +49 30 400 456-430  
Fax +49 30 400 456-455  
E-Mail dezernat3@baek.de

Diktatzeichen: Zo/Wd  
Aktenzeichen: 872.010

Bundesärztekammer | Postfach 12 08 64 | 10598 Berlin

**per E-Mail**

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Abteilung Qualitätssicherung und  
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte  
Frau Karola Pötter-Kirchner  
Gutenbergstraße 13  
10587 Berlin

**Stellungnahme der Bundesärztekammer gem. § 91 Abs. 5 SGB V zur Änderung der  
Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL):  
Umstrukturierung des Verfahrens der jährlichen Anpassung der Appendizes an den  
aktuellen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)**

*Ihr Schreiben vom 08.07.2024*

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 08.07.2024, in welchem der Bundesärztekammer  
Gelegenheit zur Stellungnahme gem. § 91 Abs. 5 SGB V zum Thema „Umstrukturierung des  
Verfahrens der jährlichen Anpassung der Appendizes an den aktuellen Einheitlichen  
Bewertungsmaßstab (EBM)“ (ASV-RL) gegeben wird.

Die Bundesärztekammer wird in dieser Angelegenheit von ihrem Stellungnahmerecht  
keinen Gebrauch machen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH  
Leiter Dezernat 3



Geschäftsstelle der  
Bundesärztekammer  
in Berlin



Bundeszahnärztekammer  
Arbeitsgemeinschaft der  
Deutschen Zahnärztekammern e.V. (BZÄK)  
Chausseestraße 13  
10115 Berlin  
Telefon: +49 30 40005-0  
Fax: +49 30 40005-200  
E-Mail: info@bzaek.de  
www.bzaek.de  
IBAN  
DE55 3006 0601 0001 0887 69  
BIC  
DAAEDEDXXX

Bundeszahnärztekammer | Postfach 04 01 80 | 10061 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Gutenbergstraße 13  
10587 Berlin

**per E-Mail:** asv@g-ba.de  
@g-ba.de

Ihr Schreiben vom	Durchwahl	Datum
08. Juli 2024	-	16. Juli 2024

**Stellungnahmerecht der Bundeszahnärztekammer gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V zu Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses:**

**Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V (ASV-RL):  
Umstrukturierung des Verfahrens der Jährlichen Anpassung der Appendizes an den aktuellen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)**

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,

vielen Dank für die durch den Unterausschuss Ambulante spezialfachärztliche Versorgung übersendeten Unterlagen zu der vom Gemeinsamen Bundesausschuss geplanten Umstrukturierung des Verfahrens der Jährlichen Anpassung der Appendizes an den aktuellen EBM.

Da die zahnärztliche Berufsausübung von den geplanten Änderungen nicht betroffen ist, gibt die Bundeszahnärztekammer hierzu keine Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen

i. A.

Dipl.-Math. Inna Dabisch, MPH

Referentin Abt. Versorgung und Qualität

**Von:** [J.Gerhardt \(BPTK\)](#)  
**An:** [asv@g-ba.de](mailto:asv@g-ba.de)  
**Betreff:** AW: G-BA - Einleit. Stellungnahmeverf. ASV-RL: Umstruk. Verfahren Anpassung Appendizes  
**Datum:** Donnerstag, 11. Juli 2024 14:52:37  
**Anlagen:** [Anschreiben Aufforderung StN Anhörung Umstrukturierung Appendix.pdf](#)

---

**ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen.  
Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter [it@g-ba.de](mailto:it@g-ba.de).**

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,

vielen Dank für die Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu o. g. Sachverhalt. Die Bundespsychotherapeutenkammer wird dieses Mal auf die Abgabe einer Stellungnahme verzichten.

Freundliche Grüße

i. A. Judith Gerhardt

--

Judith Gerhardt  
Assistentin der Geschäftsführung  
Bachelor Professional for the Social Sector and Healthcare (CCI)

**Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)**

Klosterstraße 64  
10179 Berlin  
Tel.: 030 278785-13  
Mobil: 0151 70021545  
E-Mail: [gerhardt@bptk.de](mailto:gerhardt@bptk.de)  
Website: [www.bptk.de](http://www.bptk.de)  
Eintrag gemäß LobbyRG: [R001250](#)

--

Bitte beachten Sie: Diese E-Mail kann vertrauliche und/oder rechtlich geschützte Informationen enthalten. Der Inhalt ist ausschließlich für den bezeichneten Adressat\*innen bestimmt. Wenn Sie nicht die richtige Adressat\*in oder dessen/deren Vertretung sind, setzen Sie sich bitte mit der Absender\*in der E-Mail in Verbindung. Jede Form der Veröffentlichung, Vervielfältigung oder Weitergabe des Inhalts fehlgeleiteter E-Mails ist unzulässig.

---

**Von:** [g-ba.de](#)> Im Auftrag von [asv@g-ba.de](mailto:asv@g-ba.de)  
**Gesendet:** Montag, 8. Juli 2024 15:57  
**An:** [g-ba.de](#)>  
**Betreff:** G-BA - Einleit. Stellungnahmeverf. ASV-RL: Umstruk. Verfahren Anpassung Appendizes

An die stellungnahmeberechtigten Organisationen

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übersenden wir Ihnen ein Anschreiben mit der Bitte um schriftliche Stellungnahme zur Änderung der ASV-RL – Umstrukturierung des Verfahrens der Jährlichen Anpassung der Appendizes an den aktuellen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM).

**Die Anlagen sind in dem Ihnen bekannten Extranet eingestellt, Sie können diese ab sofort herunterladen.**

**Bitte bestätigen Sie uns per-E-Mail den Eingang der Nachricht.** Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

i. A.

Referentin

Abteilung Qualitätssicherung und  
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)  
Gemeinsamer Bundesausschuss  
Gutenbergstr. 13  
10587 Berlin  
Telefon: +49 30 275838-547  
Telefax: +49 30 275838-505  
E-Mail: [asv@g-ba.de](mailto:asv@g-ba.de)  
Internet: <http://www.g-ba.de>

-----  
Diese Nachricht ist vertraulich. Sie ist ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fertigung einer Kopie ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Information kann vom Absender nicht garantiert werden.

This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this e-mail in error and that any use, dissemination, forwarding, printing or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error please notify G-BA.



**BfDI**

Der Bundesbeauftragte  
für den Datenschutz und  
die Informationsfreiheit

POSTANSCHRIFT Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit  
Postfach 1468, 53004 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Unterausschuss Ambulante spezialfachärzt-  
liche Versorgung

ausschließlich per E-Mail an:  
asv@g-ba.de

HAUSANSCHRIFT Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn

FON (0228) 997799-1310

E-MAIL Referat13@bfdi.bund.de

BEARBEITET VON Herr Oster

INTERNET [www.bfdi.bund.de](http://www.bfdi.bund.de)

DATUM Bonn, 22.07.2024

GESCHÄFTSZ. 13-315/072#1431

**Bitte geben Sie das vorstehende Geschäftszeichen  
bei allen Antwortschreiben unbedingt an.**

BETREFF **Änderung der ASV-RL – Umstrukturierung des Verfahrens der Jährlichen Anpassung  
der Appendizes an den aktuellen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)**

HIER eute

BEZUG Ihr Schreiben vom 8. Juli 2024

Sehr geehrte Frau Maag,  
sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,  
sehr geehrte Damen und Herren,

ich bedanke mich für die Gelegenheit zur Stellungnahme.

Zum o. g. Beschlusentwurf sehe ich von einer Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag

Oster

Dieses Dokument wurde elektronisch versandt und ist nur im Entwurf gezeichnet.